ANNO XXXII — Roma, 22 Giugno 1925 — Fasc. 25

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Reazioni biologiche dei sieri filtrati attraverso membrane di collodio.

(Nota preventiva)

per il dott. ENRICO TRENTI, aiuto.

Dalle prime ricerche di Fick (1855) sull'impiego di membrane di collodio nello studio della dialisi, attraverso le esperienze di Schumaker, di Baranetsky e di altri occorre giungere sino ai lavori del Sanarelli (1891) per avere i primi dettagli di tecnica che permettendo di ottenere sacchetti di collodio dessero un mezzo facilmente applicabile a studi di fisico-chimica, di bacteriologia e serologia. E mentre i sacchetti di collodio vennero dal Sanarelli introdotti nella tecnica bacteriologica per assodare la importanza dei leucociti nella lotta contro le infezioni e sulle cause dell'immunità naturale di alcune specie animali verso il carbonchio; essi furono più tardi usati dal Borrel e dal Manea per la separazione di sostanze di varia grandezza molecolare e dal Malfitano per ricerche di fisico-chimica.

L'ultrafiltrazione attraverso sacchetti di collodio fu quindi impiegata dal Bechhold per lo studio dei virus filtrabili, dal Giemsa e Prowazek per concentrare i virus filtrabili, da Pinoy per stabilire l'ordine di grandezza di detti virus, e da Arrhenius e Madsen per lo studio delle reazioni immunitarie.

Fu anche da vari sperimentatori studiato il passaggio attraverso membrane di collodio, degli anticorpi specifici ma i primi risultati riferiti non si mostrarono tutti concordi, nè vennero successivamente compiute ricerche più estese, mentre si poteva pensare che una più larga applicazione di questo metodo fosse capace di portare qualche contributo alla conoscenza della natura e del comportamento degli anticorpi stessi. Già il Manea ed il Baroni avevano constatato che gli anticorpi specifici (antitossina difterica, agglutinine) passano attraverso le membrane di collodio, ma queste osservazioni non furono in tutto confermate da ricerche successive di Sanarelli, di Marbé, di Arrhenius e Madsen, di Frouin, di Gates, di Mutermilch e di Kopaczewski. Infatti mentre veniva riconosciuto che la tossina difterica attraversa i sacchetti di collodio e quella tetanica no, si dimostrava che le agglutinine specifiche vengono trattenute nell'interno del sacchetto e non si ritrovano nel filtrato anche se la filtrazione è compiuta con l'aiuto dell'aspirazione. Il Frouin poi studiando particolarmente il comportamento

delle emolisine giunse alla conclusione che l'ambocettore emolitico passa attraverso la membrana di collodio mentre il complemento viene trattenuto, sì che aggiungendo al filtrato di un siero emolitico, siero fresco di cavia, si ripristina l'azione emolizzante di esso. Tanto Mutermilch quanto Kopaczewski osservarono che le sostanze proprie dei sieri luetici, alle quali è legata la positività della reazione di Wassermann, non dializzano.

Partendo da queste osservazioni ed allo scopo di studiare più diffusamente il comportamento degli anticorpi di fronte alle membrane di collodio, ho creduto opportuno di iniziare una serie di ricerche sottoponendo all'ultrafiltrazione attraverso sacchetti di collodio, sia sieri contenenti agglutinine specifiche sia sieri contenenti sostanze devianti il complemento. Dei primi ho usato sieri di malati convalescenti di tifo e di febbre melitense, dei secondi ho impiegato quelli di individui luetici a reazione di Wassermann positiva completa. Per questi ultimi ho preso in esame oltre che la reazione di deviazione del complemento anche quella di flocculazione secondo la tecnica di Sachs-Georgi.

TECNICA. — Per eseguire l'ultrafiltrazione dei sieri ho anzitutto provveduto a fabbricare sacchetti di collodio secondo il metodo indicato da Sanarelli e dagli altri autori successivi. Certamente di grande importanza è la composizione del collodio stesso, e fra quelli che ho sperimentati, si è dimostrato meglio adatto il collodio puro di Merck al 10 %. Dopo varie prove preliminari ho potuto constatare che detto collodio portato, con aggiunta di alcool assoluto, alla concentrazione del 5 % mi forniva sacchetti trasparenti ben omogenei e molto resistenti, pure conservando una buona filtrabilità. Nella preparazione di questi sacchetti ho adoperato tubi di vetro con una delle estremità chiusa ed arrotondata, del calibro di 1 cm. perfettamente regolari e lisci. Immerso il tubo nel recipiente contenente il collodio, lo estraevo dopo pochi secondi procurando con movimento continuo di rotazione che il collodio si distribuisse ugualmente su tutta la superficie del tubo e rapidamente si asciugasse. A questa prima immersione ne facevo seguire successivamente altre due, ottenendo così un sacchetto a 3 strati, che poi toglievo dal tubo di vetro sfilandolo come un dito di guanto mediante arrovesciamento. Un punto delicato nella preparazione dei sacchetti è quello che riguarda il momento più utile per la sovrapposizione di un nuovo strato di collodio a quello precedente, quando questo non sia ancora troppo molle nè già troppo asciutto. Ciò si può in parte riconoscere saggiando la consistenza dello strato di collodio mediante pressione con l'unghia sulla sua estremità superiore. Parimenti non facile è stabilire quando sia giunto il momento di togliere il sacchetto di collodio dal tubo di vetro, dovendo ciò essere compiuto quando il collodio si è sufficientemente asciugato ma non completamente, chè in tal caso esso si strapperebbe. Un giusto grado di essicamento del collodio è quello che corrisponde ad una leggera opalescenza di esso, e quando tagliata l'estremità superiore circolarmente con un temperino è possibile arrovesciare il bordo del sacchetto perchè ancora molle nè già secco friabile. In questo istante, dopo arrovesciato il bordo, si continua ad esercitare con due dita una lenta trazione sulla parte arrovesciata e gradatamente tutto il sacchetto si libera dal tubo di vetro. Per queste varie manipolazioni è necessaria una esercitata pratica colla quale, senza ricorrere ad altri artifizi, si possono ottenere molto facilmente sacchetti di collodio di spessore perfettamente omogeneo e ben resistenti. È stato osservato che lo spessore ha scarsa influenza sulla permeabilità stessa del sacchetto, è quindi indifferente, sotto tale punto di vista, sovrapporre tre o più strati di collodio, ma dalle mie ricerche risulta che tre strati sono più che sufficienti per conferire una resistenza tale da potere eseguire ultrafiltrazioni coll'aiuto anche di notevole aspirazione. Hanno invece grande importanza sulla permeabilità della membrana, due altri fattori: la composizione del collodio e il disseccamento. Circa la composizione del collodio, le membrane con esso preparate hanno pori tanto più ampi quanto più il collodio è ricco di alcool e povero di etere e di nitrocellulosa al momento in cui fa presa. La permeabilità o capacità filtrante risulta in tal caso più elevata, ma la resistenza della membrana è assai minore.

Membrane poco permeabili sono quelle ottenute con un collodio al 5 % in una miscela di alcool ed etere nel rapporto di 1:3 o di 1:4. Tanto Sanarelli quanto Gates e Marbé hanno adoperato sacchetti così preparati. Aumentando invece la quantità di alcool si ottengono membrane più permeabili quantunque meno resistenti. In tali condizioni hanno sperimentato Todd, Fulmer, Kellermann, Baroni usando per la soluzione del fulmicotone miscugli di alcool-etere a parti uguali o nel rapporto di 2:1. L'altro fattore che influisce grandemente sulla permeabilità è il disseccamento. Sono stati quindi escogitati vari mezzi per impedire che le membrane o i sacchetti di collodio disseccandosi perdessero completamente la loro semi-permeabilità. Sanarelli cercava di riparare i sacchetti dal contatto dell'aria, Baranetzky invece indicò come mezzo più adatto l'immersione del sacchetto nell'acqua. In tal modo l'etere evapora immediatamente, ma l'alcool viene sostituito

dall'acqua che impregna così la membrana. Secondo Baranetzky si può anche regolare la permeabilità della membrana secondo il momento nel quale si eseguisce l'immersione in acqua.

Secondo Brown poi l'immersione in alcool conserva la permeabilità ai sacchetti e può anche restituirla a quelli che l'avevano perduta.

Nella preparazione dei sacchetti che hanno servito alle mie ricerche, ho usato sempre la stessa qualità di collodio, cercando di ottenerli dello stesso spessore, e immergendoli in acqua appena distaccati dal tubo di vetro.

Per la loro conservazione sino al momento dell'uso ho creduto opportuno mantenerli immersi nell'acqua e sterilizzati al vapore fluente. In questo modo la permeabilità è un po' diminuita, ma come vedremo in seguito, essa era uguale per tutti i sacchetti usati.

Quantunque sia stato osservato (Bigelow e Gemberling) che i sacchetti possono essere utilizzabili anche dopo uno o due mesi, pure ho avuto cura sempre di allestirli al momento dell'uso.

Distaccato il sacchetto dal tubo di vetro che aveva servito di modello, come ho detto l'immergevo in acqua distillata e dopo un po' di tempo, lo fissavo con una legatura ad un altro tubo di vetro di calibro appena superiore a quello usato per la fabbricazione. Sulla legatura, ad assicurare una migliore tenuta stendevo uno strato di collodio. Mediante un tappo di gomma forato, fissavo il tubo cui era legato il sacchetto ad un grosso provettone di vetro che aveva innestato un tubetto laterale sì da potere essere congiunto ad una pompa aspirante.

Tanto il provettone esterno, quanto il sacchetto erano riempiti di acqua distillata e l'apparecchio così formato era sterilizzato al vapore fluente. Per eseguire l'ultrafiltrazione, dopo tolta l'acqua sia dal provettone esterno che dal sacchetto, introducevo in questo il siero da filtrare e congiungevo il provettone esterno con una pompa aspirante. Veniva così facilitata la filtrazione, ed i sacchetti da me preparati resistevano benissimo ad una pressione di 60 cm. di mercurio. Le varie filtrazioni sono state sempre fatte tutte con uguale aspirazione.

Ultrafiltrazione dei sieri. — Sottoponendo il siero di sangue a filtrazione per sacchetti di collodio nelle condizioni che sopra ho esposte, si ottengono risultati costanti quando si cerchi di operare con membrane aventi la stessa composizione e che siano state ugualmente trattate (immersione in acqua, sterilizzazione sempre ad una stessa temperatura). L'aspirazione facilita grandemente il passaggio attraverso la parete del sacchetto di una parte del siero rendendo ogni ricerca molto più rapida. Si ottiene in tal modo la separazione di due liquidi, l'uno che si raccoglie nella provetta esterna e che comprende tutte le sostanze che la membrana di collodio lascia passare, l'altra che rimane nell'interno del sacchetto. Il filtrato è costituito da un liquido limpido per lo più incolore, che esaminato chimicamente contiene cloruro di sodio, nelle stesse proporzioni del siero corrispondente, ed albumina nella quantità dal 2 al 4 ‰. Generalmente nel filtrato non si ha presenza di globuline, qualche volta esse sono rilevabili da un lievissimo intorbidamento in seguito all'aggiunta di soluzione satura di solfato di ammonio. Nelle mie ricerche la reazione della globulina nel filtrato è stata positiva soltanto per alcuni sieri, e credo che ciò debba essere messo in rapporto con una maggiore permeabilità della membrana di collodio. Pensando quindi che questo fatto potesse servire a graduare la permeabilità del sacchetto stesso, ho utilizzato nelle ricerche, che in seguito esporrò, quelle filtrazioni nelle quali ero certo che le globuline non avevano attraversato le pareti del sacchetto. In tal modo si poteva pensare di essere in condizioni di esperienza uguali per ogni siero. Posso però fin d'ora accennare che la presenza di piccole quantità di globuline nel filtrato non si accompagnava a comportamento diverso sia del filtrato che del residuo del siero in confronto di quanto si verificava quando le globuline erano completamente trattenute.

Il liquido che rimane nell'interno del sacchetto è denso, più o meno vischioso a seconda che la filtrazione è stata più o meno protratta, intensamente colorato dalle sostanze coloranti del siero stesso. Avendo di mira nelle mie ricerche il comportamento degli anticorpi del siero, mi sono limitato a studiare le proprietà manifestate sia dal filtrato che dal residuo della filtrazione di fronte a determinati antigeni corrispondenti agli anticorpi presenti nel siero in toto.

Accenno soltanto qui al fatto che detto residuo della filtrazione è solubile in acqua distillata ed in soluzione fisiologica, mentre è precipitato dall'alcool. La composizione chimica di questo residuo è l'oggetto di una serie di ricerche ancora in corso e che verranno comunicate insieme con i risultati di indagini chimiche sul filtrato, non appena ultimate e convenientemente controllate.

Onde essere sempre nelle stesse condizioni di esperienza ho creduto opportuno di prolungare la ultrafiltrazione sino ad un determinato punto, stabilendo come termine di essa il momento nel quale si era ottenuta una riduzione del volume del siero ad un quinto della quantità di siero posta a filtrare.

Per ogni serie di ricerca ho usato quali controlli i sieri in toto, e tanto il filtrato che il re-

siduo di quelli che avevano dato reazioni negative con gli stessi antigeni.

1) *Agglutinazione.* — Le ricerche sono state eseguite con 4 sieri di convalescenti di infezione tifosa e con 2 sieri di malati di febbre di Malta. Per essi era stato precedentemente stabilito il titolo dell'agglutinazione con emulsioni di culture di 24 e 48 ore di stipiti rispettivamente completamente agglutinabili e soltanto dai corrispondenti antisieri.

Eseguita la filtrazione attraverso sacchetti di collodio sino a riduzione del volume del siero ad 1/5, ho ricercato il potere agglutinante, del filtrato e del residuo, usando naturalmente le stesse emulsioni bacteriche ed ho per controllo saggiato pure il potere agglutinante del filtrato e del residuo di 10 sieri appartenenti ad individui sani e che non avevano sofferto nè di tifo nè di febbre di Malta.

I risultati sono stati i seguenti:

1) Il filtrato dei sieri agglutinanti per il bacillo del tifo e per il micrococco melitense non contiene traccia di agglutinine, anche se nel filtrato stesso viene emulsionata una conveniente quantità di cultura pura dei suddetti germi;

2) Il residuo della filtrazione invece è provvisto di alto potere agglutinante e l'agglutinazione avviene a grossi fiocchi molto manifesti;

3) Diluendo il residuo della filtrazione con soluzione fisiologica sino ad avere il volume primitivo del siero posto a filtrare, si può constatare che il titolo cui giunge l'agglutinazione è lo stesso di quello che si ottiene col siero in toto;

4) Privo assolutamente di agglutinine si dimostra anche il filtrato dei sieri di individui sani. Anche il residuo della filtrazione di detti sieri usato pure a bassa diluizione non rivela presenza di anticorpi agglutinanti. Soltanto col residuo di uno di questi sieri di controllo si è verificata a bassa diluizione (1:50) una finissima agglutinazione a tipo polverulento, riconoscibile soltanto con l'aiuto di una lente e ad una conveniente illuminazione.

Le agglutinine sono sostanze quindi incapaci di attraversare anche sotto pressione le membrane semi-permeabili, e generalmente non si trovano in quantità apprezzabile nei sieri normali.

2) *Deviazione del complemento.* — Per studiare il comportamento delle sostanze devianti il complemento, ho usato sieri di luetici a reazione di Wassermann positiva completa, e la tecnica che ho seguito per questa reazione è stata quella originale già impiegata in altre mie precedenti ricerche; usando cioè antigeni acquosi di fegato di feto eredoluetico oltre l'estratto alcoolico di cuore di bue colesterinato (secondo Sachs) ed eseguendo la prova su cmc. 2,5 totali. In ogni ricerca ho adoperato la stessa dose di complemento (cmc. 0,50 di una diluizione 1:10) di emolisina (il doppio della dose emolizzante) e di emazie (cmc. 0,50 al 5 %). Il sistema emolitico impiegato era tale da permettere l'esatta lettura dei risultati dopo 15 o 20 minuti, tempo minimo per la completa emolisi dei relativi controlli.

Ho preso in esame il comportamento di 20 sieri a W. R. positiva completa e di 10 sieri a W. R. negativa ed appartenenti ad individui che risultavano dall'anamnesi e dall'esame obiettivo immuni da pregressa infezione luetica. Le ricerche sono state compiute eseguendo contemporaneamente la reazione di Wassermann sul siero in toto, sul filtrato e sul residuo della filtrazione. Questa è stata praticata su sieri di recente prelevati (24-48 ore) limpidi, inattivati per mezz'ora a 56° e protratta sino ad ottenere una riduzione del volume ad 1/5.

Un primo ordine di fatti constatati è il seguente:

1) *Sieri negativi.* Con questi la reazione di Wassermann è risultata negativa oltre che sul siero in toto, anche sul filtrato ed ugualmente sul residuo della filtrazione;

2) *Sieri positivi.* Mentre col siero in toto si otteneva sempre reazione di Wassermann positiva completa, col filtrato attraverso membrana di collodio, si verificava costantemente emolisi completa come nei controlli negativi. *Con il residuo della filtrazione invece si riscontrava deviazione completa nelle provette della reazione e ritardo più o meno accentuato dell'emolisi nei controlli del siero.*

3) Le reazioni sul filtrato dei sieri sia negativi che positivi, sono state eseguite anche a dosi maggiori di filtrato da cmc. 0,50 a cmc. 1, ma sempre con risultato negativo;

4) Il residuo della filtrazione è stato impiegato per tutti i sieri alla dose di cmc. 0,10;

5) Diluendo il residuo dei sieri positivi tanto con acqua distillata che con soluzione fisiologica sino ad ottenere il volume primitivo del siero, si verificano sempre reazioni positive complete come col siero in toto ed usando dosi equivalenti. In tali condizioni nel controllo del siero si aveva emolisi completa.

Come deduzione da questi fatti, si può osservare: che i supposti anticorpi o le reagine dei sieri luetici non attraversano le membrane semipermeabili di collodio anche sotto la pressione di cm. 60 di mercurio. Inoltre mentre il residuo proveniente da sieri di individui luetici a W. R. positiva completa mostra un certo potere anticomplementare, quello proveniente da sieri non luetici e a W. R. negativa è sprovvisto completamente di tale potere.

Di fronte ad una simile constatazione era logico pensare che il potere proprio deviante del residuo dei sieri luetici fosse in rapporto con il contenuto di detti sieri in sostanze capaci di inattivare il complemento, non rilevabili quando come nella reazione di Wassermann, il siero viene usato (per il controllo del siero) alla dose di cmc. 0,10 ma evidente quando con lo stesso sistema emolitico si impieghi cmc. 0,10 del residuo della filtrazione. Infatti, dato che si ottiene una riduzione di volume del siero ad 1/5 e che nel filtrato non pare si trovi traccia di potere deviante, il residuo può, sotto un certo aspetto, apparire come un siero concentrato, sì che agli effetti della reazione, a cmc. 0,10 del residuo corrisponderebbero cmc. 0,50 di siero totale. Era quindi a tale riguardo necessario sperimentare il comportamento di dosi varie di siero, e delle corrispondenti dosi di residuo, mantenendo invariato in tutti i suoi componenti il sistema emolitico. È noto come siano state compiute osservazioni diffuse sul potere anticomplementare dei sieri luetici e non luetici e le conclusioni cui giunsero Dreyer, Müller, Rubinstein sono le seguenti: ogni siero possiede un potere anticomplementare che si pone in evidenza quando tanto il complemento che l'emolisina siano usate nella loro dose limite, ma che viene annullata facilmente da una dose maggiore di emolisina. Rubinstein dopo avere esposto una lunga serie di ricerche nelle quali ha impiegato dosi di siero da cmc. 0,10 sino a cmc. 2 afferma che il potere anticomplementare dei sieri sifilitici, come di quelli normali, può essere facilmente vinto e la siero-reazione, praticata con una dose conveniente di alessina ed un sistema emolitico ben scelto può mettere al coperto dalle reazioni non specifiche. Ho voluto quindi verificare parallelamente il potere anticomplementare dei sieri sifilitici e di quelli normali alla dose di cmc. 0,50 e quello del residuo dell'ultrafiltrazione di sieri luetici e normali alla dose di cmc. 0,10, mantenendo invariate le dosi di alessina e di ambocettore emolitico. Da queste ricerche sarebbe emerso che con il sistema emolitico impiegato, mentre tanto i sieri luetici che quelli normali ed il residuo dell'ultrafiltrazione di sieri normali, alle rispettive dosi suddette non dimostrano potere deviante; il residuo di sieri luetici è provvisto di un'azione anticomplementare non sempre uguale, ma variabile sì da provocare talora soltanto un lieve ritardo dell'emolisi e talora una inibizione completa dell'emolisi.

Prima di passare a quelle considerazioni di ordine teorico che questi risultati possono suggerire, credo opportuno richiamare l'attenzione sull'altro fatto più sopra accennato, della possibilità cioè di ottenere reazioni di Wassermann positive complete come col siero in toto, impiegando il residuo della filtrazione diluito in acqua distillata sino al volume iniziale del siero posto a filtrare.

La reazione di Wassermann appare come un fenomeno molto complesso, del quale ancora oscuro ne è l'intimo meccanismo. È noto come Wassermann, Neisser e Bruck nell'annunciare la reazione credettero si potesse invocare a fondamento di essa un fenomeno di ordine specifico intercedente fra antigene e anticorpi. La constatazione che vari estratti d'organo potevano condurre allo stesso risultato scosse grandemente l'ipotesi dei suddetti autori e nelle osservazioni di Michaelis condusse ad una ben diversa interpretazione del meccanismo della reazione. Si pensò che la mescolanza di estratto di organo e siero luetico determinasse un'alterazione dell'equilibrio colloidale cui seguiva una diminuzione del grado di dispersione delle globuline, una loro precipitazione e da ultimo, come conseguenza della flocculazione, l'inattivazione del complemento.

Le più recenti esperienze di Wassermann sulle quali è ancora aperto il dibattito, tenderebbero a fare rientrare la reazione per il suo meccanismo di produzione nelle leggi generali degli anticorpi. L'ipotesi che i fenomeni che si verificano nel contatto fra estratti d'organo e sieri luetici sia di ordine fisico-chimico, o strettamente immunitario si applicherebbe oltre che alla reazione di Wassermann anche alle reazioni di flocculazione (Sachs-Georgi, Meinicke).

I risultati ottenuti cimentando il residuo di sieri filtrati per sacchetti di collodio porta, come abbiamo visto, ad una particolare constatazione. Il residuo di sieri di luetici dimostra azione anticomplementare al di fuori della influenza di qualsiasi aggiunta di estratti di organo, comunque preparati; il residuo di sieri a reazione di Wassermann negativa è sprovvisto di questa azione anticomplementare. Una prima ipotesi che si può formulare da tale fatto è questa: Nel siero dei luetici sono contenute delle sostanze particolari (reagine) che, quando assumano una determinata concentrazione, come si può ottenere con l'ultrafiltrazione, siano capaci di per sè di inattivare il complemento?

Nel fenomeno che è a base della reazione di Wassermann, queste eventuali sostanze particolari contenute nel siero di luetici come si comportano di fronte alle sostanze proprie dell'antigene? Avviene un vero e proprio legame chimico fra le une e le altre, o l'elemento determinante la positività della reazione è rappresentato da un sommarsi fra il potere anticomplementare del siero e quello dell'antigene, insufficienti ciascuno di per sè a provocare l'inattivazione del complemento? Oppure non più pensando ad una parti-

colare concentrazione di sostanze specifiche a potere anticomplementare del siero di luetici, si può avanzare l'ipotesi che in seguito alla filtrazione, per la sottrazione di acqua, di cristalloidi, e di parte delle albumine, si determini un mutamento tale dell'equilibrio colloidale del siero che esso diviene atto a provocare da solo l'inattivazione del complemento? Questo fatto si verificherebbe però soltanto nei sieri luetici e dovrebbe quindi avere sempre per base una particolare composizione o chimica, o fisico-chimica del siero luetico.

Ma poichè si può ottenere reazione di Wassermann positiva completa ugualmente col residuo di sieri positivi riportando questo al primitivo volume e sostituendo ciò che ha attraversato la membrana di collodio, tanto con acqua distillata che con soluzione fisiologica, può l'ipotesi di una rottura dell'equilibrio colloidale essere invocata a spiegare la natura della reazione?

Il volere trarre delle conclusioni dai fatti che ho esposti per l'interpretazione di un fenomeno ancora così oscuro nel suo meccanismo quale è la reazione di Wassermann, mi sembra prematuro e non consentito dalle ricerche finora compiute. Altre indagini sono necessarie, dirette non solo a confermare le proprietà particolari del residuo della filtrazione dei sieri sia luetici che normali, ed a studiare il comportamento di quei sieri che talvolta si dimostrano capaci di determinare reazioni di Wassermann aspecifiche, ma anche ad indagare la composizione chimica del residuo delle ultrafiltrazioni allo scopo di ricercare se può più particolarmente essere identificata questa speciale proprietà dei sieri luetici, individualizzando quella parte di essi alla quale è legata la positività della reazione di Wassermann.

3) *Flocculazione.* — A complemento di quanto ho prima esposto ed anche a conferma dei fatti osservati nei riguardi della reazione di Wassermann, ho creduto opportuno di eseguire contemporaneamente ad essa quella di flocculazione secondo la tecnica di Sachs-Georgi. I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

1) Con i sieri di individui non luetici a W. R. negativa la reazione di flocculazione è stata negativa tanto col siero in toto che col filtrato e col residuo della filtrazione, impiegando le stesse dosi che ho usato per l'esecuzione della W. R.;

2) Con i sieri luetici a reazione di W. R. positiva completa; la reazione di flocculazione è stata positiva col siero in toto e col residuo della filtrazione, negativa col filtrato;

3) Con due sieri che avevano fornito reazione di Wassermann positiva completa e reazione di Sachs-Georgi negativa, questa è stata nettamente positiva con il residuo della filtrazione;

4) Le reazioni di flocculazione eseguite col residuo della filtrazione dei sieri di luetici, presenta una maggiore intensità di quella ottenuta col siero in toto ed è ordinariamente a grossi fiocchi. Col residuo della filtrazione di sieri positivi diluito in acqua distillata o in soluzione fisiologica, si ottengono reazioni di Sachs-Georgi positive come col siero in toto.

Da questi risultati emerge un netto parallelismo fra quanto si ottiene per la sierodiagnosi della sifilide con il metodo di Wassermann e con quello di Sachs-Georgi usando il residuo dei sieri dopo ultrafiltrazione attraverso membrane di collodio. E se si può pensare che i due metodi abbiano a fondamento un uguale meccanismo, il comportamento del residuo della ultrafiltrazione dei sieri nella reazione di flocculazione potrebbe confortare in qualche modo l'ipotesi che le modificazioni rivelabili con l'uno e con l'altro metodo, nei sieri dei luetici siano strettamente legate all'infezione spirochetica, mancando di esse ogni traccia in quei sieri che reagiscono negativamente. Ma queste modificazioni sono rigorosamente specifiche secondo i princìpi generali delle leggi sull'immunità? Forse più approfondite ricerche potranno recare nuova luce per la esatta comprensione di queste reazioni che pur essendo ancora oscure nel loro intimo meccanismo, hanno però conseguito e mantengono un valore grandissimo nella loro pratica applicazione.

BIBLIOGRAFIA.

BARONI V. C. R. Soc. Biologie, 1911, vol. 70, p. 312.
CITRON H. Klin. Wochen., 1922, n. 22, p. 1102.
EPSTEIN E. und FRITZ P. Med. Klinik, 1921, n. 29, p. 877; n. 30, p. 913.
FROUIN A. C. R. Soc. Biologie, 1908, vol. 65, p. 444.
ID. C. R. Soc. Biologie, 1909, vol. 67, p. 814.
GATES F. Journ. of exp. med., 1921, vol. 33, p. 25.
ID. Journ. of exp. med., 1922, vol. 35, p. 635.
LANGE C. Berl. Klin. Woch., 1921, n. 14, p. 330; n. 19, p. 497.
KOPACZEWSKI W. Comp. R. hebd. des séances de l'Acc. de sciences, 1920, vol. 171, n. 33, p. 1170.
MANÉA M. C. R. Soc. Biologie, 1907, vol. 57, p. 317.
MANN HUBERT. Journ. of biol. chem., 1920, vol. 44, p. 207.
MARBÉ. C. R. Soc. Biologie, 1909, vol. 67, p. 809.
NICOLLE et CÉSARI. Ann. de l'Inst. Pasteur, 1922, vol. 36, p. 463.
OELLER H. und SCHIERGE M. Zeit. f. Immunität. u. exp. Therapie. I. p. Orig., vol. 36, p. 59, 1923.
PONTANO T. Policlinico, Sez. medica, 1924, p. 219.
RUBINSTEIN M. *Traité pratique de Sérologie et de Sérodiagnostic.* Paris, 1921.
WASSERMANN A. Berl. Klin. Woch., 1921, n. 14, p. 331.
ID. Klin. Woch., 1922, n. 22, p. 1101.

Per la bibliografia completa sui sacchetti di colloidi V. VERNEY L. Annali d'Igiene, a. XXXI, 1921.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSP. CIV. DI MANTOVA - RIPARTO CHIR. GENERALE
Primario: Dott. DARIO MAMBRINI.

Nota sopra un caso di carcinoma primitivo del fegato.

Dott. CARLO ARRIGONI, assistente.

Di fronte ad una affezione epatica presentantesi coi caratteri clinici e macroscopici di tumore del fegato, la mente ricorre subito all'idea della metastasi nell'organo di tumore di altri organi, o di tumori delle vie biliari, come al caso che più comunemente si verifica.

Oltre ai tumori secondari però, possono svilupparsi nel fegato dei tumori primitivi, e se ciò si verifica con una relativa rarità (cosicchè esiste una proporzione di un tumore primitivo su dieci e forse su venti secondari: Ascoli) sarà questa una ragione perchè un caso che viene ad aggiungersi agli altri già pubblicati, sia preso in considerazione e reso noto per una migliore conoscenza di una lesione che è ancora oggetto di discussioni per molti punti che la riguardano.

T. Remo, di anni 10, scolaro da Borgoforte. Entrato il 3 settembre 1924, Cartella clinica n. 542.

Gentilizio negativo. Nessuna malattia pregressa degna di nota. Da una quindicina di giorni l'a. ha cominciato ad avvertire una dolenzia all'addome, generalmente diffusa e solo qualche volta più accentuata alla metà destra, con irradiazione alla spalla destra, insorgente ad intervalli irregolari e con caratteri variabili per l'intensità.

Non ha mai avuto vomito durante le crisi dolorose. L'alvo è stato sempre regolare. Nè l'a., nè i suoi parenti si sono mai accorti di rialzi termici, nè di ittero, nè di modificazioni nei caratteri macroscopici dell'urina.

Solo in questi ultimi giorni la mamma ha avuto l'impressione di un certo gonfiore dell'addome del suo ammalato.

L'esame obbiettivo eseguito il giorno dell'ingresso dà il seguente risultato:

L'a. accusa facile stanchezza e sensazione di peso all'ipocondrio destro. La nutrizione generale è discreta con leggero pallore della cute e delle mucose visibili. Non si palpano linfoglandole nelle sedi di elezione. L'apparato circolatorio è normale. A carico dell'apparato respiratorio si nota respiro scarso bilateralmente, ma più specialmente a destra, dove la mobilità del margine polmonare inferiore è ridotta. Nulla a carico dell'apparato digerente. L'esame delle urine è negativo.

L'addome si presenta tumido e slargato in alto in corrispondenza degli ipocondri. La cute che lo ricopre è sottile, ovunque mobile sul piano profondo e mostra un reticolo venoso che è più sviluppato nella metà superiore, e che risale in alto sulla parete anteriore del torace.

La palpazione fa sentire la presenza di una tumescenza che occupa tutto l'ipocondrio destro, parte della regione epigastrica e dell'ipocondrio sinistro, avente superficie irregolare, consistenza dura fibrosa, pochissimo mobile cogli atti respiratori profondi e discretamente dolente. Questa tumescenza, che per la sua sede sembra far corpo col fegato, viene delimitata plessicamente in alto al margine inferiore della quarta costa sull'emiclaveare destra, mentre col margine inferiore, che in alcuni punti è arrotondato e in altri tagliente, viene fissata all'ombellicale trasversa sull'ascellare anteriore, a due dita sopra l'ombellicale in corrispondenza della linea mediana, portandosi in alto sotto l'arcata costale sinistra.

Nell'ipocondrio sinistro si palpa bene la milza debordante di due dita dall'arcata costale, di consistenza un po' superiore alla norma. Nelle parti declivi dell'addome si apprezza plessicamente la presenza di liquido libero.

L'esame citologico del sangue praticato il giorno 6 dà il seguente risultato: emoglobina 68-70; globuli rossi 4,900,000; globuli bianchi 10,400. Rapporto 1:471. Valore globulare 0.73. Polinucleari neutrofili 64.5; eosinofili 5.5; basofili 1; mononucleati grandi e forme di passaggio 5.5; piccoli 2.5; linfociti 19; forme in distruzione 1; mielociti 1.

Reazione di Wassermann negativa. Cutireazione tubercolinica leggermente positiva.

Durante la degenza dell'a. notasi uno spiccato deperimento generale. Si nutre con discreto appetito. Tiene quasi continuamente il letto. In data 12 settembre si nota che l'area epatica è poco aumentata di volume, mentre è molto aumentata l'area splenica che plessicamente arriva col suo polo superiore alla VIII costa sull'ascellare media, mentre si palpa col suo polo inferiore arrotondato a quattro dita dall'arcata costale con corrispondente diminuzione dell'area del Weil. L'angolo epatosplenico, in cui è facile affondare il dito, arriva a due dita dall'arcata costale. È aumentato il liquido libero nel cavo, con evidente fenomeno del fiotto. Comincia un discreto edema alle gambe.

L'esame delle urine viene ripetuto mostrando traccie di urobilina. Le feci sono macroscopicamente normali.

Si decide una laparatomia esplorativa, che viene eseguita il 13 settembre in narcosi morfioeterea.

Incisione xifoombelicale mediana. Aperto l'addome si riscontra presenza di liquido di colorito giallo bruno lievemente torbido. Il fegato si presenta fortemente aumentato di volume rispetto alla norma, e nei limiti segnati all'esame obbiettivo. Il suo colorito è subitterico, con superficie irregolare per la presenza, quasi interamente nel lobo destro, di nodi che traspaiono attraverso alla capsula, di volume variabile da quello di una lenticchia a quello di una nocciola, alcuni ombellicati al centro, altri no. Nella zona operatoria la capsula si presenta libera da aderenze.

Sollevando la massa epatica ed introducendo delicatamente la mano nella loggia sottoepatica, si avverte che la faccia inferiore del fegato, a differenza della superiore, è liscia lasciando avvertire solo la presenza di un nodo neoplastico della grossezza di un uovo di piccione nelle vicinanze dell'ilo. La consistenza di detto nodo è, come quella degli altri osservati sulla faccia superiore, dura, fibrosa.

Nulla si osserva a carico dell'omento e così pure a carico della superficie di quella porzione

di anse intestinali capitate sotto la vista dell'operatore, tranne una loro discreta iperemia.

Si escide un pezzetto di fegato dal suo bordo anteriore comprendendovi un nodo neoplastico e lo si fissa per esame istologico. Sutura dei margini dell'incisione del parenchima in catgut. Chiusura del peritoneo e ricostruzione della parete a strati.

La guarigione operatoria avviene per primam. Sia prima che dopo l'atto operativo l'a. fu sempre apirettico.

Il 24 settembre l'a. viene dimesso per espressa volontà dei parenti. Rivisto ambulatoriamente ai primi del mese seguente, si presenta in condizioni aggravate, in preda alla più profonda astenia. I parenti rifiutano il ricovero in Ospedale del malato, che viene a morte dopo qualche settimana, come da notizia scritta del medico curante.

Passando ora brevemente in rassegna le affezioni che potevano darci ragione del tumore (clinicamente parlando) del fegato, da noi constatato all'esame clinico prima che a quello operativo, era da scartare anzitutto a priori l'ascesso epatico, anche senza che fosse stata fatta alcuna puntura esplorativa.

Non si ebbe infatti inizio brusco, nè febbre, nè disturbi nella sfera intestinale con precedenti di diarrea, nè il classico dolore fisso all'ipocondrio esasperato dalla pressione, mentre si aveva d'altra parte palpatoriamente l'impressione di una superficie epatica irregolare, tutti fatti insomma che — per accennare solo ai principali — ci allontanavano dall'idea dell'ascesso per indirizzarci verso un altro campo. E stanno in questo campo la tubercolosi del fegato, la sifilide, i tumori secondari e quelli primitivi.

Per quanto riguarda la tubercolosi non avendosi affatto i segni di una miliare nel caso nostro, od i segni di una tubercolosi polmonare o intestinale che, specie quando sono associate, possono dare come concomitante o come conseguente la presenza di focolai di tubercolosi nel fegato, si sarebbe stati costretti ad ammettere una tubercolosi primitiva, lesione rarissima se si pensa al caso di Fedor Krause, e che ben poteva ingenerare ritrosia nell'ammetterla.

Per quanto riguarda la sifilide, questa può presentarsi nel fegato nella forma acquisita di epatite sclero gommosa determinando ingrandimento con sviluppo di nodi che raggiungono persino il volume di una nocciola, come può presentarsi nella forma ereditaria manifestantesi più specialmente colla infiammazione interstiziale diffusa che determina aumento di volume e aumento di consistenza dell'organo la cui superficie rimane liscia.

Quest'ultima forma è quella che più si sarebbe potuta adattare al nostro ammalato data la sua età, ma a parte i diversi caratteri della superficie epatica nei due casi, non si poteva ad ogni modo pensare nel caso nostro alla sifilide, mancando per esso ogni dato anamnestico ed essendo la reazione di Wassermann negativa.

Resta ora il caso di un tumore secondario, come quello che la statistica da un lato e la pratica dall'altro ci indicano quale manifestazione più frequente di tumore epatico. Ma come ammetterlo nel caso nostro quando con l'esame obbiettivo e con la valutazione dei disturbi funzionali si potè eliminare anche la sola ipotesi di un focolaio primitivo nello stomaco o nell'intestino o nel pancreas o in quegli organi che il più spesso ne sono sede?

Ed allora eccoci giunti all'ipotesi di un tumore primitivo del fegato ed ecco ad allontanare ogni

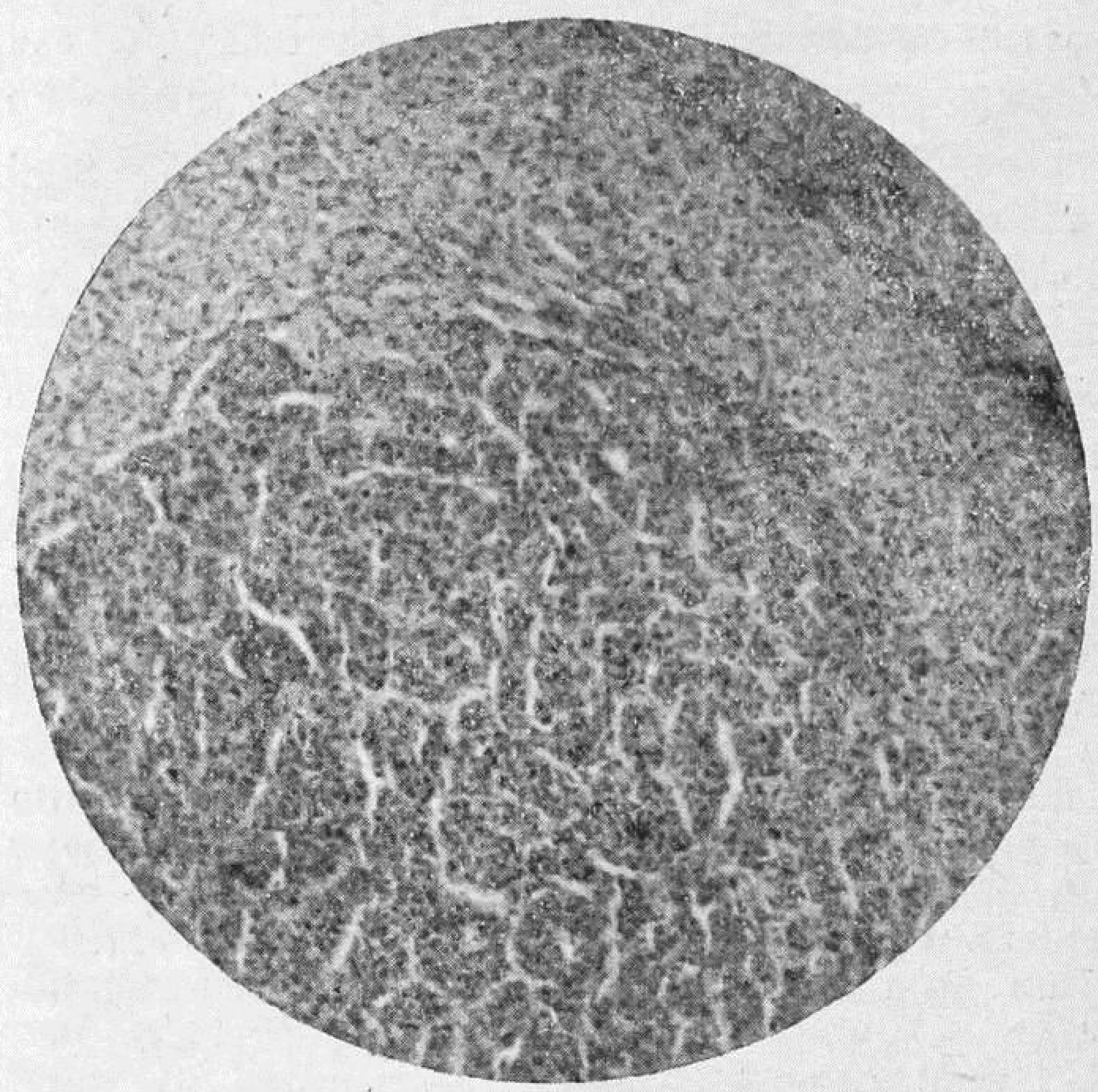


Fig. 1.

dubbio la laparotomia esplorativa che ci permise di prelevare un pezzetto del viscere invaso dal tumore onde fissarlo per un esame istologico, che diede i seguenti risultati:

Il tessuto epatico nella zona non ancora invasa dal tumore presenta piccoli focolai di infiltrazione parvicellulare ed un lieve ispessimento del connettivo perilobulare, cosicchè i lobuli appaiono nettamente delimitati da sottili striscie di connettivo compatto che ricordano esattamente la disposizione normale del fegato di maiale.

Si rilevano inoltre nelle sezioni, diverse zone di forma tondeggiante costituite da elementi epiteliali a protoplasma granuloso con nucleo grande e fornito di ricco reticolo cromatinico, raggruppati in travate o cordoni ed addossati alle pareti di ampi capillari sanguigni, che nel loro insieme costituiscono una rete a larghe maglie.

Dai caratteri di forma e di struttura, dalla disposizione di questi elementi e dalla presenza di

numerose cariocinesi, delle quali molte atipiche, risulta evidente che le zone in discorso rappresentano le sezioni di noduli neoplastici di carattere canceroso.

Nei riguardi del punto d'origine del tumore, si

Altri noduli ancora sembrano alla periferia continuarsi cogli elementi del fegato senza linea di demarcazione presentando quindi le caratteristiche dei noduli primitivi.

Non solo, ma la presenza di punti nei quali

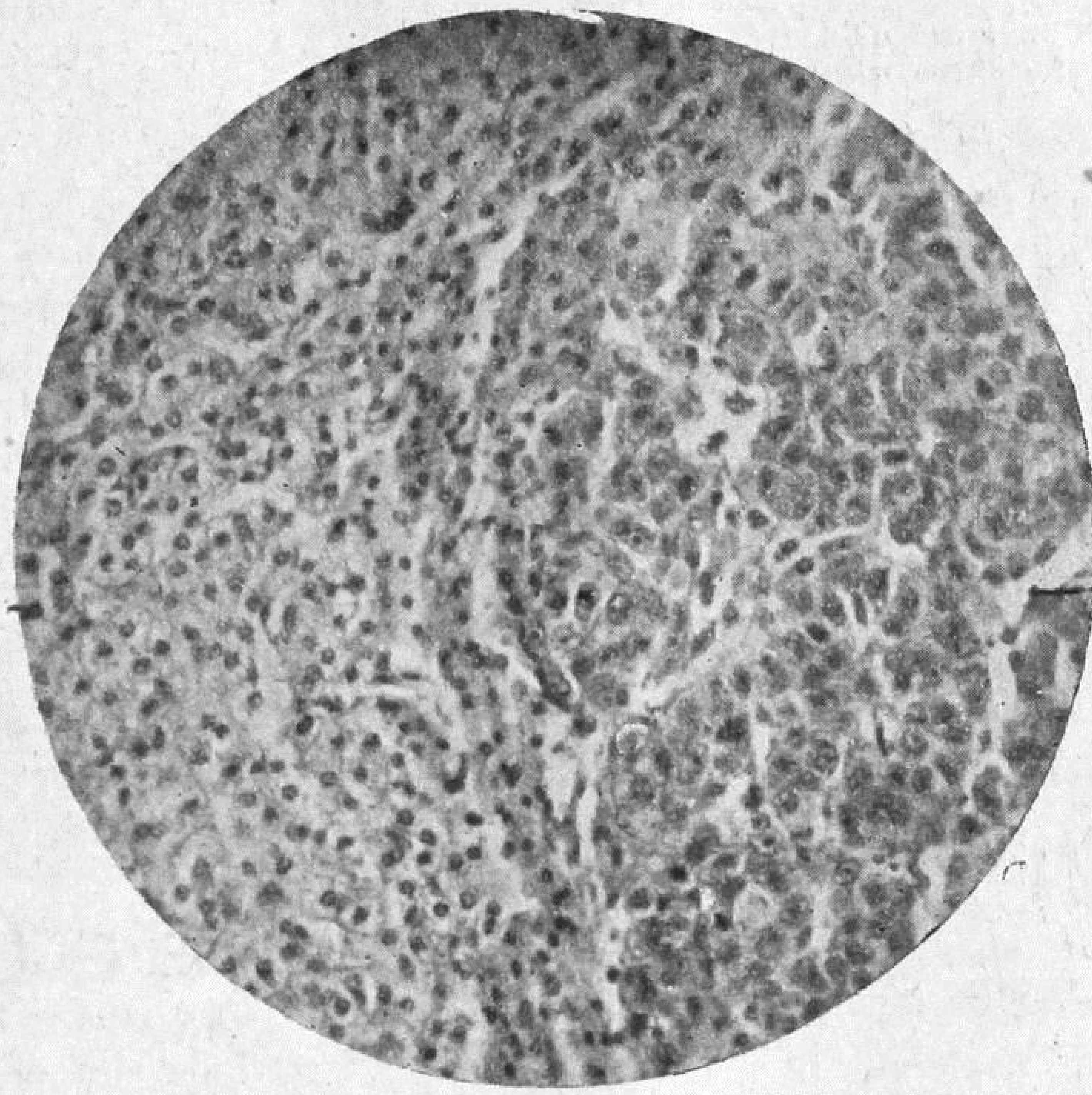


Fig. 2.

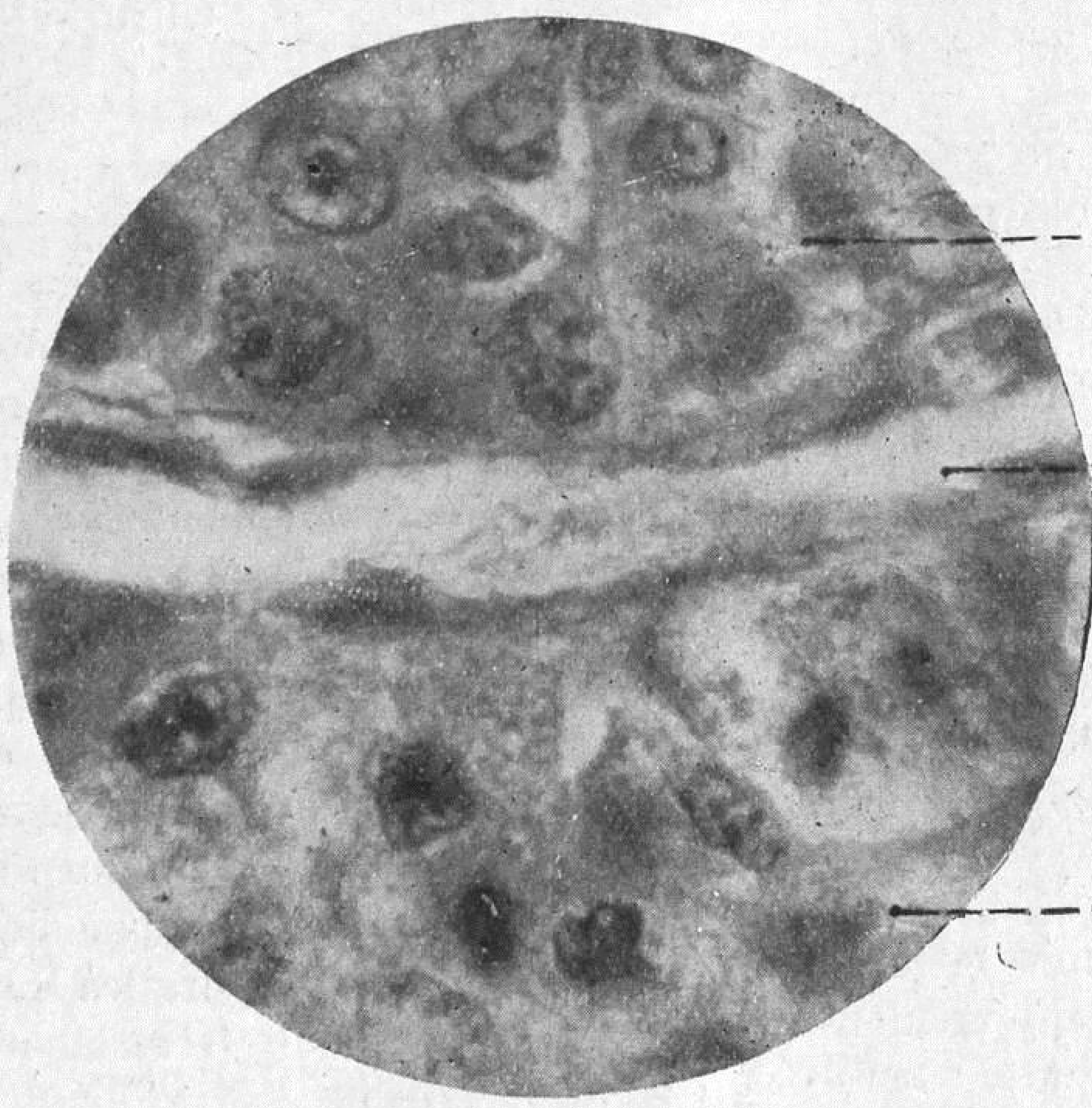


Fig. 3.

rileva che, mentre alcuni noduli sono circondati da elementi epatici ridotti per compressione a forma lamellare, altri sono situati entro il lume d. vasi venosi o linfatici ben riconoscibili per la struttura della loro parete, e quindi sono da interpretarsi come zaffi che si sono fatti strada nei vasi o nello spessore del parenchima comprimendo gli elementi del tessuto normale.

il passaggio degli elementi del fegato a quelli del tumore avviene gradualmente senza linea di demarcazione, ed anche la forma e la disposizione in cordoni degli elementi del neoplasma, inducono a ritenere che il neoplasma stesso abbia preso origine dalle cellule epatiche piuttosto che da quelle dei canalicoli biliari.

In base ai reperti dei pezzi in esame si do-

vrebbe concludere che trattasi verosimilmente di un *carcinoma primitivo del fegato* con diffusione metastatica nell'organo stesso, e, se una riserva si deve fare, essa deriva dal fatto che l'esame è stato limitato per necessità di cose ad una piccola parte dell'organo e che è mancata l'autopsia, la quale avrebbe potuto escludere nel modo più assoluto l'esistenza di processi neoplastici in altri organi.

Nella figura 1 e 2 si scorge la linea di passaggio tra il tessuto epatico ed uno dei noduli carcinomatosi, nella figura 3 si vede un vaso capillare che da una parte è delimitato da cellule epatiche normali, dall'altro da cellule neoplastiche.

Ricordando ora la divisione dei cancri primitivi del fegato proposta da Hanot e Gilbert in cancro massiccio, cancro nodulare e cancro cirrosi, risulta da quanto è stato esposto, che il caso nostro va ascritto al cancro nodulare, mentre dagli stessi dati risulta qualche particolarità che conviene debba essere specialmente accennata.

Anzitutto la splenomegalia che nel caso nostro fu presente mentre si considera come un sintomo raro nel cancro del fegato, cosicchè il Frerichs la riscontrò solo 12 volte su 92 casi, e fu pure assente nel caso tipico di carcinoma primitivo recentemente descritto dall'Ascoli.

In secondo luogo l'età giovane del soggetto — 10 anni — mentre la malattia in questione si considera comunemente come propria dell'età matura, senza che valgano ad infirmare tale asserzione il caso di Pepper che riguarda un bambino di due mesi, o quello di Ribbert di un altro bambino di quattro mesi, o quello di Wulf in un soggetto di tre anni ed altri pochi compresi nelle diverse categorie della sopraccennata distinzione di Hanot e Gilbert.

Non entro nella questione dibattuta e tuttora controversa dell'istogenesi dei nodi cancerosi multipli. Qui due teorie si contendono il campo: la prima è quella dello sviluppo così detto pluricentrico, secondo la quale lo svolgersi del tumore avverrebbe contemporaneamente in punti diversi dell'organo con trasformazione in ciascuno di questi punti di zone di parenchima in travate di elementi neoplastici, ed è questa la teoria di Kelsch e Kiener, di Hanot e Gilbert, ai quali autori altri poi se ne aggiunsero.

La seconda teoria è quella, secondo la quale lo svolgimento del tumore avverrebbe in un solo punto con metastasi intra-epatiche secondarie, ed è questa la teoria di Ribbert.

La questione, come già dissi, è tuttora controversa ed io l'accenno solo.

Chiudo invece questa mia nota esprimendo al mio primario, che me ne ha permesso la pubblicazione, ed al prof. Emilio Veratti della R. Università di Pavia, che mi fu largo del suo autorevolissimo aiuto nell'interpretazione dei preparati istologici, i sensi della mia profonda gratitudine.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI V. *Cancro primitivo del fegato a decorso febbrile.* Policlinico, Sezione pratica, n. 14, 1924.
EGGEL. *Ueber das primäre Carcinom der Leber.* Zieglers Beiträge, Bd. 30, 1901.
FRERICHS. Klinik der Leberkrankh. Bd. II.
HANOT e GILBERT. *Etudes sur les maladies du foie.* Paris, 1888.
KELSCH e KIENER. *Contribution à l'histoire de l'adénome du foie.* Archives de Phisiologie, 1876.
PEPPER. *Cancer primitif du foie chez un enfant de huit sémaines.* Philadelph. med. Times.
POUJOL e LAGROT. *Archives françaises de pathologie générale et d'anatomie patol.*, n. 9, 1924.
RIBBERT. Geschwulstlehre., Bonn, 1914.
WEGELIN. *Ueber das adenocarcinom und Adenom der Leber.* Wirchows Archiv., Bd. 179, 1905.
WULF. *Der Primäre Leberkrebs.* Tübingen, 1876.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI ORZINUOVI (BRESCIA).

Qualche rilievo sul raschiamento dell'utero

per il prof. dott. NICOLINO FEDERICI.
chirurgo direttore.

Che sia vero quanto egregiamente ha rilevato in una recente puntata della ottima *Rivista di Ostetrica e Ginecologia Pratica* l'insigne clinico prof. Innocente Clivio (1) che cioè nella pratica *si abusi* del raschiamento dell'utero, non c'è nessuno che lo possa mettere in dubbio.

Giustamente anche il Gaifami (2) vuole limitare il raschiamento ad una prudente valutazione e ad una meno corriva applicazione.

Che il raschiamento dell'utero sia comunemente praticato con una soverchia disinvoltura e leggerezza, talvolta al primo cenno di perdite, spesso ancora suscettibili di benefizio dal semplice aiuto dell'arte medica incruenta, ciò è verissimo.

Se pertanto relativamente minore di quelli che vengono nella pratica operati è il numero dei casi nei quali il raschiamento si presenta come davvero necessario, egli è che molti medici e *non medici* lo suggeriscono o lo esibiscono con troppa facilità, quasi sia un atto di poca importanza o pressochè indifferente per l'organismo femmineo o per l'organo che direttamente lo subisce.

---

(1) *Rivista d'Ostetr. e Ginec. Prat.*, Palermo, genn. 1925.

(2) GAIFAMI. In: *La Clinica Ostetrica*, ott. 1924, n. 10.

Non si tien conto, o molto poco della « stoffa », voglio dire della fibra e della costituzione sia generale che locale, nè si guarda se s'intervenga sopra un utero a pareti d'altronde buone e resistenti, o se invece non si abbia da fare con un utero pronubo di pericoli, a raschiarlo, perchè abbia malata e debole la parete proprio nella sua muscolatura e tessitura.

Per altri organi o parti del corpo, forse meno delicate, la chirurgia attiva trova e riconosce e accetta controindicazioni all'intervento anche più leggiero, mentre alle controindicazioni troppo facilmente sorvola nei riguardi dell'utero e del suo raschiamento.

Tolti però gli eccessi e tolte le imprudenze irriflessive, restano, sempre importanti, le *indicazioni vere*, e dovendo e volendo raggiungere lo scopo di modificare una mucosa essenzialmente sofferente, nessun metodo di cura e nessun trattamento può meglio e in più breve tempo del raschiamento chiarire la situazione e riuscire nell'intento.

Fra le indicazioni più nette vi è quella di allontanare residui ovulari o placentari restii a distaccarsi ed eliminarsi spontaneamente, dopo un parto abortivo spontaneo o provocato ch'esso sia.

Col raschiamento in simili casi si ottiene *ipso facto* quel benefizio che qualsiasi altra cura non porterebbe affatto o al più la porterebbe attraverso un tempo assai più lungo; e i pratici, pur evitando le imprudenze e le esagerazioni, non devono dimenticare neppure questo, e devono conservare — purchè tenuto nelle giuste indicazioni — a quest'operazione utile e semplice qual'è il raschiamento strumentale dell'utero, la fiducia che merita.

Riferisco in breve un caso mio recente che ne conferma per la millesima volta la efficacia e la semplicità.

Il 19 febbraio mi venne accompagnata dalla levatrice d'un vicino paese qui in Ospedale certa Nod... An... di anni 33 (n. 64 di Reg. Nos.) appunto perchè la sottoponessi *a raschiamento* per ritenzione di residui ovulari e placentari da aborto spontaneo in 5 mesi avvenuto due giorni prima.

Se altre volte disdico l'indicazione al raschiamento con la quale spesso si presentano le donne o chiedendolo esse stesse di loro spontaneità, tanto è volgarizzato; in un caso come questo, in cui sono così chiare e impellenti le indicazioni, non c'è da discutere e bisognava intervenire.

Dopo soli due giorni, in terza giornata, la operata affermando un pieno benessere generale e locale, e la scomparsa assoluta dei disturbi (senso di pesantezza nell'utero, stillicidio sanguigno, malessere, ecc.), che l'avevano decisa di venire, volle tornare a casa, ove la guarigione si dimostrò stabile..

Non è il raschiamento d'utero operazione in se stessa che dia vanto ad alcun chirurgo. Il vanto dev'essere, come bene avvisano i sullodati maestri della specialità, nel tener giusto conto delle ragioni ad esso determinanti.

E allora si può ben compiacersi di eseguire un atto operativo *innocuo* e conducente *brevi tempore* al risultato benefico di arrestare definitivamente secrezioni catarrali o perdite sanguigne, soprattutto dovute a permanenza di residui ovulo placentari, risultato brillante e sicuro, sempre quando non coesista o preesista uno stato di sofferenza propria degli altri elementi della parete uterina.

Nella quale ultima evenienza il successo non può essere certamente così brillante nè il decorso post-operatorio così semplice come ne dà esempio il caso riportato brevemente.

Marzo, 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Considerazioni sull'interrogatorio in clinica ed i sintomi subiettivi.

(BABINSKI J. *Riunione neurol. di Strasburgo*, 1925).

In linea generale i sintomi sui quali il Clinico si appoggia per giungere ad una diagnosi, possono essere distinti in obiettivi — specie quelli che la volontà non saprebbe riprodurre — e subiettivi — quelli che sfuggirebbero senza l'intervento del soggetto in esame.

Sono esempi di sintomi obiettivi: il segno di Argill Robertson; è impossibile possa riprodursi volontariamente, e di esso il p. non ha alcuna coscienza, tal quale come normalmente nessuna coscienza abbiamo noi del restringimento alla luce della pupilla, o della sua dilatazione nell'oscurità.

Identica questione col segno di Bell (nella paralisi dell'orbicolare delle palpebre, cercando di sforzare il p. a chiudere gli occhi, il globo oculare per la contrazione del retto superiore ruota in alto): anche qui si tratta di un movimento fisiologico reso semplicemente manifesto per la mancata occlusione dell'occhio: è esso incosciente e con la volontà in un occhio normale non si potrebbe ripetere senza far contrarre simultaneamente l'orbicolare. Nello stesso ordine rientrano l'abolizione dell'eccitabilità elettrica di un nervo motore, di un muscolo, l'abolizione dei fenomeni che provoca l'irrigazione dell'orecchio (Baranj). Così è per l'abolizione dei riflessi tendinei: non bisogna dimenticare che questi riflessi possono essere ma-

scherati da una contrazione volontaria dei muscoli; per evitare l'errore basta prestare attenzione, osservare lo stato di contrazione dei muscoli, porre l'arto in diverse posizioni, attendere il momento opportuno. Più difficile è l'apprezzamento della surreflettività tendinea, in quanto da una parte può essere alterata dalla volontà, dall'altro può prestarsi a discussione il passaggio dallo stato normale al patologico. Il disturbo della reflettività può manifestarsi con una reazione obiettiva differente dalle precedenti: così è per il fenomeno delle dita, a prima vista facile ad imitare con la volontà: l'attenzione farà scoprire la frode in quanto mostrerà che ripetendo l'operazione più volte si noteranno irregolarità, ad es., con lieve stimolo estensione forte, ovvero precedenza del movimento allo stimolo, nessun movimento anche con eccitazioni forti quando il malato venga distratto, ovvero l'intervallo di tempo fra stimolo ed effetto sarà troppo lungo; un mezzo per accertarsi della organicità del riflesso è rappresentato dal fatto che nel mentre l'estensione riflessa del grosso dito si accompagna ad altri movimenti di flessione della gamba e della coscia, l'estensione volontaria del grosso dito avverrà in modo indipendente. Un semeiologo sperimentato giunge sempre o quasi sempre ad autenticare le reazioni suscettibili di essere riprodotte: in ciò sta il valore dei segni, ed, aggiungi anche nel fatto che essi ci permettono di stabilire la sede, spesso la natura della lesione.

Ma per giungere alla conoscenza dei fenomeni il medico ha anche bisogno dell'intervento del p., così per i dolori l'attitudine del p., la sua fisionomia, il grido, il pianto possono è vero darci qualche indicazione, ma essi rappresentano una specie di linguaggio nel quale la volontà può avere la sua parte.

Come primo esempio di sintoma subiettivo esaminiamo la cefalea: in una sifilide cerebrale, in un ascesso cerebrale, in un tumore intracranico senza dubbio saranno i sintomi obiettivi quelli che porteranno alla diagnosi, ma il p. vi può all'inizio consultare soltanto per un po' di cefalea. I dolori radicolari sono indice del mal di Pott iniziale molto spesso, ovvero di un tumore midollare. I dolori lancinanti sono di sovente le manifestazioni iniziali della tabe. Sintomi premonitori di una emiplegia sono una diminuzione unilaterale della sensibilità della mano, un indebolimento del senso stereognostico, come le vertigini per una incipiente alterazione vestibolare: per essi il malato verrà a consultarvi, e come per la neurologia gli esempi si potrebbero moltiplicare per le altre branche della medicina. È dunque importante per i sintomi subiettivi la funzione del malato stesso: le nozioni da esso raccolte sui disturbi subiettivi sono in specie preziose quando sono esatte, circostanziate, o quando si accompagna a quelle reazioni cui accenniamo. Di tre p. uno vi dichiara di soffrire continuamente, enormemente, in tutte le parti del corpo, ma di tali dolori non dà che caratteri vaghi, mentre giace in attitudine normale; un secondo pur affermando che i suoi dolori sono terribili, aggiunge che sono a crisi, talora alla gamba, talora alle coscie, ed obiettiva quasi il disturbo che sente con gesti delle braccia, e nel mentre parla con voi ha soprassalti quasi fosse colpito da scariche elettriche; nel terzo malato che si lagna di dolori quasi simili vi accorgete invece che la pressione sulle articolazioni o suí muscoli desta smorfie o grida. Con molta verosimiglianza il terzo malato è affetto da neurite periferica, il secondo da una tabe, il primo non è che un neuropate. Si potrebbero moltiplicare gli esempi e far risaltare gli speciali caratteri dei dolori legati ad una claudicazione intermittente arteriosa, ad un tumore intrarachideo, ad un tumore encefalico, ad un'appendicite in rapporto a dolori da ulcera pilorica tardiva, ad un'angina di petto.

Parlavo di vertigini: debbo dire che questa parola non è sempre adoperata pel suo giusto valore: molte persone con questo vocabolo vogliono semplicemente dire che si sentono stordite, che non seguono una conversazione come di norma, ovvero che non più la loro volontà lavorativa. Impressioni di tal genere non hanno gran significato: la vera vertigine è al contrario un fenomeno importante indicante un perturbamento dell'apparato vestibolare: possiamo dire che si tratta di vertigini allorchè il malato afferma che ha la sensazione di ruotare su sè stesso, ovvero di scorgere muoversi gli oggetti che si trovano a lui davanti, che la casa gli si sprofondi, che sia lanciato in terra tanto più se ci siano concomitanti ronzii e vomiti. I sintomi subiettivi, quando presentino particolarità in certa maniera caratteristiche, sono di un grande interesse, ma occorre che sia ben fondata la loro autenticità.

Ed innanzi tutto occorre riconoscere che i sintomi di cui abbiamo parlato possono essere riprodotti da individui che ne siano ben a conoscenza: un commediante saprebbe benissimo riprodurre la parte mimica: in taluni casi è facilissimo; così un p. anteriormente affetto da sciatica della quale non conserva altro segno che l'assenza del riflesso achilleo può quando vuole sostenere che le sue sofferenze sono presenti e che gli impediscono di lavorare, in quanto saprebbe ben riprodurre le sue passate sofferenze. Per scoprire la verità è utile l'interrogatorio ripetuto ed abilmente condotto.

Ma a parte questi casi, anche le informazioni fornite da un p. in buona fede, possono essere inesatte perchè le domande fattegli dalle persone con le quali si è intrattenuto durante la sua malattia, l'hanno turbato fino al punto da renderlo non atto a dare informazioni imparziali sulla sua malattia. Egli in complesso si è suggestionato: molti fatti provano tale verità. Così in altri tempi, dell'emianestesia sensitivo-sensoriale « stigmate dell'isteria ». Credo che tutti i neurologi moderni siano d'accordo nel non rimarcarla più: tale cambiamento sarebbe inesplicabile, se tale stigmata fosse il risultato di un perturbamento incosciente del sistema nervoso; invece essa è scomparsa dal momento in cui ci siamo resi conto dell'influenza della suggestione su certi soggetti, e ci siamo sforzati a scartarla nella ricerca dei disturbi sensitivi: d'allora l'emianestesia è divenuta più rara ed è scomparsa. La genesi delle stimmate isteriche deve essere attribuita alle domande del medico, formulate senza la dovuta precauzione. Si può anche facilmente constatare che allo stesso fattore sono dovuti diversi accidenti cosidetti isterici o pitiatici: in altri tempi era facile vedere grandi accessi di lunga durata nelle corsie ospedaliere: in questi malati la suggestione era tanto più attiva quanto più largo era il cerchio delle persone intorno al letto, quanto più concitate e dette a voce alta le discussioni sulla natura e la prognosi. Oggi i medici sono avvertiti e se ne stanno in guardia · le crisi sono divenute molto meno frequenti, e, quando insorgono, si spengono sul nascere. Voi penserete forse che parlando dell'attacco isterico, ho sconfinato nel terreno dei fatti obiettivi: l'attacco è infatti un fenomeno che si presenta alla vista; ma io stimo che esso debba considerarsi come un fenomeno subiettivo perchè legato a quel che avviene nell'intimo della mente, ad un atto della volontà. Le idee sono venute evolvendosi: sono state ben comprese la suggestione e la controsuggestione; l'isteria si è notevolmente ridotta. Qualcuno vorrebbe inglobare i cosidetti isterici o pitiatici fra i simulatori, fra i mitomani: l'osservazione di numerosi isterici da me fatta, mi ha convinto che buon numero di tali soggetti sono in perfetta buona fede, ed è incontestabile che sono molto meno numerosi da quando si è ricorso alla controsuggestione, e da quando i medici sono avvertiti del pericolo della suggestione. Io ho parlato di sintomi neurologici, ma quel che io ho detto si applica a tutte le branche della clinica, tra le quali non vi sono nette separazioni: è chiaro che un soggetto suggestionabile, suscettibile di mostrare una emianestesia od una paralisi isterica, potrà ben anche credersi malato di cuore o di stomaco. Di quante false angine di petto, di false gastropatie, ecc., non è stata causa il medico?

Devo aggiungere che i falsi cardiaci, i falsi gastropazienti, ecc., non sono necessariamente vittime della suggestione: alcuni di essi provano in realtà dei disturbi, ma l'interpretano inesattamente attribuendoli ad una affezione organica grave di cui hanno visto soffrire o morire qualcuno dei vicini: il medico è senza dubbio spesso estraneo allo sviluppo dei disturbi, vera ossessione, ma le sue parole, i suoi gesti spiati dal malato rischiano di fornire ottimo terreno per la sua fobia.

La conclusione è che una diagnosi fondata esclusivamente sui sintomi subiettivi, cioè su sensazioni che possono essere immaginarie o snaturate dalla descrizione di colui che le prova, su fenomeni che la volontà può riprodurre, non ha mai certezza assoluta. Mentre gli errori commessi nell'esame dei disturbi obiettivi che la volontà è incapace di riprodurre sono da imputarsi esclusivamente all'osservatore, quelli fatti nella ricerca dei sintomi subiettivi, possono essere dovuti al soggetto in osservazione. Tuttavia il compito del medico nell'inchiesta non è passivo perchè a seconda del modo come la porta egli può ottenere nozioni esatte, o può smarrirsi su di una falsa pista.

MONTELEONE.

MEDICINA INTERNA

Pericardite callosa ed incarceramento del cuore.

(*Il Morgagni*, 1924, n. 26, Rivista sintetica).

Finchè il pericardio è molle e distensibile, la semplice aderenza del pericardio col cuore può non provocare alcun sintomo clinico: ma l'ispessimento ed il raggrinzamento calloso del pericardio ostacolano le oscillazioni di volume ed i movimenti del cuore e danno un quadro morboso nel quale predominano i fenomeni da stasi.

La malattia ha tristi conseguenze: e data l'incertezza dei segni speciali che l'accompagnano e che abitualmente sono descritti, non sempre è riconosciuta in pratica. Per questo motivo e per la considerazione che in dati casi la pericardite callosa è chirurgicamente ben trattabile, non è inopportuno riassumere il quadro clinico generale.

Vi sono due varietà di pericardite callosa, a seconda che predominano i fatti dovuti ad aderenze esterne, mediastiniche, del pericardio con la parete toracica, o i fatti dovuti a raggrinzamento del pericardio ispessito per callosità infiammatorie.

Nella *pericardite mediastinica* il cuore compie un maggior lavoro nella fase sistolica, per la

resistenza rigida opposta dalle aderenze toraciche; il muscolo cardiaco è più o meno debole; durante la respirazione la parete toracica anteriore non si solleva, il cuore ed i margini polmonari sono meno spostabili; ad ogni sistole si ha il caratteristico *rientramento* della regione cardiaca, con *riespansione* diastolica (*scatto diastolico della parete toracica* di Brauer), che non di rado è interpretato come itto della punta. Già si intende che la presenza di un valido scatto diastolico presuppone una forza cardiaca discreta ed una sufficiente replezione diastolica dei ventricoli.

Questi casi si giovano della asportazione della parte ossea della parete toracica sull'ambito del cuore, per facilitarne la difficile sistole (Brauer).

Nella *pericardite callosa* i fenomeni della parete toracica o mancano o sono minimi, anche se esistono contemporaneamente aderenze del mediastino. Al cuore incarcerato fra ispessimenti callosi è resa particolarmente difficile la diastole: ad una diastole insufficiente non può seguire una sistole molto valida: indi la possibile mancanza del rientramento sistolico e dello scatto diastolico.

Però al reperto obbiettivo cardiaco minimo, contrastano nel quadro i segni dello scompenso grave (edemi della pelle, versamenti nelle sierose, cianosi, fegato da stasi, affanno da sforzo).

Allo schermo il cuore appare come fermo.

Questa condizione di ostacolata diastole è caratterizzata dalla *sovrareplezione delle vene del collo in stasi*, che non si svuotano nella posizione seduta o distesa, e che in posizione eretta mostrano caratteristico il doppio collasso, sistolico e diastolico.

La pressione venosa (misurazione cruenta) dà cifre molto alte (200-300 mm. di acqua), esiste forte stasi del fegato e tendenza all'idrotorace ed all'ascite precoce, prima ancora che insorgano edemi spiccati delle gambe.

Anzi l'ascite precoce e predominante nella pericardite latente può sussistere per anni e dar luogo a diagnosi ed interventi errati.

Il Volhard insiste molto, come sintomo importante, sulla stasi venosa di alto grado, essendo in pari tempo il cuore piccolo: cioè alla stasi venosa extracardiaca (***Einflusstanag*** di Volhard) non corrisponde una sovrareplezione del cuore destro. E questo è il segno che assicura la diagnosi di pericardite callosa e che differenzia la pseudocirrosi epatica di Pick dalla cirrosi genuina e dalla peritonite tubercolare cronica, anche se la peritonite tubercolare e la cirrosi epatica genuina con ascite si accompagnino ad una pericardite callosa.

La sola *stenosi mitralica* può presentare tutti i sintomi della pericardite callosa: però clinicamente e radiologicamente si nota la sovrareplezione del cuore destro con dilatazione del cono polmonare e dell'orecchietta destra, manca il collasso sistolico delle vene del collo, ed in luogo del silenzio che grava sul cuore incarcerato, percepiamo l'azione fortemente sollevante del ventricolo destro, ed ascoltiamo il caratteristico ritmo mitralico, con il rumore diastolico alla punta.

Anche la presenza di ingorghi ghiandolari e di tumori nel mediastino (visibili col radiogramma) e di coltroni pleurici uni- o bilaterali può inoltre provocare i fenomeni dell'incarceramento del cuore, senza partecipazione del pericardio.

Secondo Volhard si possono eliminare i fenomeni di scompenso solo liberando definitivamente il cuore dalla sua corazza callosa.

In due casi di vecchia pericardite con callosità fitte ed aderenze salde il tentativo fallì perchè la muscolatura flaccida ed atrofica del ventricolo destro si lacerava col distacco delle aderenze.

Migliori risultati si ebbero in un soldato di 30 anni operato da Schmieden per ben due volte: nel secondo intervento fu possibile escidere la superficie anteriore del pericardio, risparmiando il frenico: scomparvero gli edemi e l'ascite: la pressione venosa da 250 scese a 154: al malato, prima costretto a continua degenza in letto e dopo l'operazione dimesso senza disturbi subbiettivi degni di nota, dopo qualche anno residuava solo un certo affanno da sforzo.

Recentemente il Völcker operava senza risultato una pseudocirrosi tipica, ma l'autopsia dimostrò che il chirurgo non era giunto fino all'epicardio, che, difficilmente staccabile anche *post mortem*, ancora imprigionava il cuore.

Migliore risultato riebbe lo Schmieden nel '21, riuscendo ad estirpare tutta la circonferenza anteriore del pericardio in un Pick classico, mantenendosi sempre fuori del cavo pleurico e togliendo due foglietti separati di pericardio: solo dopo l'estirpazione del secondo il chirurgo ebbe la sensazione di essere entrato nel cavo pericardico ed il cuore si allargò energicamente. La pressione venosa scese da 290 a 120. Quel cuore, nonostante il sagrificio del frenico sinistro è attualmente sano e ben funzionante.

Questi due brillanti successi incoraggiano a tentare la cura chirurgica dell'incarceramento del cuore, altrimenti incurabile. Volhard raccomanda di limitarsi alla regione dei ventricoli, senza tener conto del frenico: e di ricercare il confine fra epicardio e cuore nella zona del ventricolo sinistro (ove una lacerazione cardiaca è meno

pericolosa), e di qui procedere al distacco per via ottusa. Forse è consigliabile operare in due tempi, resecando prima la 3ª, 4ª e 5ª costa.

Operabili sono anche le pericarditi reumatiche, specie se l'intervento è precoce: egualmente non lo sembrano essere le tubercolari, almeno nello stadio proliferativo caseoso.

PERSIA.

La diagnostica della pressione sanguigna sistolica e diastolica.

(Dott. PETERS. *Münch. mediz. Woch.*, n. 13).

I dati necessari per stabilire delle formole, che valgano a determinare i limiti della pressione sanguigna sistolica in individui normali e della diastolica nella eusistolia e nella normale frequenza del polso, possono esser raccolti solo empiricamente. L'A. ha eseguito numerose ricerche per mezzo delle quali, in base ai risultati ottenuti, ha potuto stabilire delle formole sufficienti allo scopo.

Prima di passare all'esame di tali formole l'A. accenna all'obiezione, che viene spesso ripetuta contro di esse, e cioè la mancanza di limiti precisi fra la pressione sanguigna elevata, quella non elevata e quella diminuita: la medesima obiezione, che viene anche sollevata contro l'uso del termometro per la mancanza di un limite preciso fra stato febbrile e stato apiretico. E molti vanno ancora oltre, ritenendo che in generale l'uso delle cifre nella clinica è inammissibile ed anche dannoso, specialmente quando esse diventano delle formole. Questi tali dimenticano che i problemi clinici sono un sostrato di quelli biologici e che la definizione e l'uso delle formole hanno sempre dato nelle scienze biologiche i più completi risultati: è compito nostro quindi determinare i suddetti limiti, anche approssimativamente, per potere scoprire a tempo le alterazioni iniziali. L'A. ha potuto formare dei diagrammi e delle curve, in base ai risultati di 1500 osservazioni, fatte in parte da lui ed in parte da altri, su individui a pressione sanguigna normale ed è così pervenuto con pratiche conclusioni alla seguente regola:

Per l'apprezzamento del limite superiore della pressione sistolica normale, nell'uomo e nella donna al disopra dei 20 anni, si può calcolare il valore di 130 aumentato della metà dell'età.

In generale, per tutte queste formole debbono essere usate cifre, che son date dai metodi di ascoltazione per determinare la pressione sanguigna. È necessario per la diagnosi di tener conto anche della comparsa dell'ipotensione della pressione sistolica, e per riconoscere il limite minimo normale di detta pressione bisogna sottrarre dal limite massimo calcolato un valore empiricamente trovato. In base ad una serie di dati forniti da altri osservatori e dalla osservazione propria, l'A. crede di potere stabilire a 40 questo valore e però sarebbe così formulata la seguente regola:

La pressione sistolica normale, negli individui al di sopra dei 20 anni, oscilla fra $90 + \frac{A}{2}$ *e* $130 + \frac{A}{2}$, *esprimendo con A il numero degli anni.*

Basta appena accennare che non si può parlare di un preciso limite fra una pressione sanguigna che cade nei limiti fisiologici e quella patologica. L'A. per propria esperienza ritiene che le oscillazioni fisiologiche sotto l'influenza dei pasti, della posizione del corpo, delle ore del giorno, degli strapazzi fisici o morali non oltrepassano i limiti sopra accennati, come è anche risaputo che la pressione sanguigna può, per intense emozioni, oltrepassare i limiti fisiologici.

L'A. ha stabilito nello stesso modo delle formole per l'apprezzamento dei limiti normali della pressione sistolica negli individui al di sotto dei 20 anni come anche di quelli della pressione diastolica nell'eusistolia e nella frequenza normale del polso.

Se con A si rappresenta il numero degli anni di età, la pressione sistolica negli individui al di sotto dei 20 anni varia da $60 + 2A$ *a* $100 + 2A$.

Queste formole sono sufficienti nella pratica per stabilire la diagnosi di ipertensione o di ipotensione della pressione sistolica, rammentando sempre che anche qui si tratta solo di limiti non precisi, ma approssimativi. Ciò vale per i limiti fra i quali oscilla la pressione diastolica con una pressione sistolica già determinata.

Se si considera la pressione diastolica si rileva che il valore di essa dipende in gran parte da quello della pressione sistolica. Come dimostra la esperienza quotidiana, può certo ritenersi come un gran vantaggio per la diagnostica il potere apprezzare i rapporti fra la pressione diastolica e quella sistolica, sia questa normale, diminuita od aumentata.

Se in un numero di ammalati di ipertensione si calcola la pressione sistolica e la diastolica e con i risultati ottenuti si traccia una curva, si rileva che con l'aumento della pressione sistolica quella diastolica si eleva, in proporzione, più lentamente. Si può anche constatare che sotto l'influenza di stati emotivi, del movimento o del riposo, dei pasti, ecc., la pressione diastolica varia non più di 15 mm. Hg., in più od in meno, sicchè le oscillazioni non superano di valore di 30 mm. Hg. Si può con tale valore stabilire una formola per la quale è necessario tener conto del metodo di

ascoltazione e considerando lo stato del manometro nel momento in cui non è più percepibile l'ultimo tono. Alcuni ritengono che il valore così ottenuto è alquanto più basso della reale pressione diastolica, la quale coinciderebbe col momento preciso in cui il rumore passa in un tono o questo tono si modifica nella sua sonorità. Finchè tale quesito rimane insoluto, sarà meglio nella pratica attenersi al metodo indicato. In molti casi è realmente difficile determinare il momento in cui un rumore passa in un tono ovvero ha luogo un'alterazione del tono stesso, mentre per lo più è perfettamente determinato il momento in cui il tono sparisce. Si è talora osservato che in alcuni casi i toni rimanevano inalterati finchè il manometro era sullo 0; dovrebbe allora ritenersi che la parete vasale, anche quando non subisce la pressione del manicotto, nel passaggio della onda sanguigna, reagisce con vibrazioni percepibili all'ascoltazione, ed in tali casi la pressione diastolica si potrebbe valutare col metodo oscillometrico. Vi sono dei casi (fortunatamente eccezionali) in cui non è assolutamente possibile determinare con i metodi clinici la pressione diastolica per la quale è sempre necessario tener conto della frequenza del polso. È chiaro che la pressione diastolica raggiungerà nella bradicardia un livello inferiore a quello che si ha nella frequenza normale del polso; ed il contrario avverrà nella tachicardia. Talora nella bradicardia si può constatare una ipotensione della pressione diastolica. La proposta di Gallavardin di indicare col nome di « pseudoipotensione » la ipotensione da bradicardia per distinguerla dalla « vera » (p. e., da insufficienza aortica) non è raccomandabile.

Il valore della pressione diastolica determinata mediante la formola sopracitata vale anche nei casi di eusistolia, che consiste nella energia della contrazione del muscolo cardiaco sufficiente a superare gli ostacoli periferici. Quando manca l'eusistolia, quando la contrazione muscolare non è sufficiente, allora la pressione sistolica si abbassa proporzionatamente molto più di quella diastolica, donde segue una relativa ipertensione diastolica.

Secondo un diagramma, che segna i limiti più alti e più bassi della pressione diastolica nei casi di eusistolia e di normale frequenza del polso, l'A. dà brevemente la seguente formola, in cui s'indica la pressione sanguigna trovata:

La pressione diastolica nella eusistolia e nella frequenza normale del polso oscilla fra $\frac{S}{2}$ *e* $\frac{S}{2} + 30$.

È quindi di grande importanza per la diagnostica la determinazione della ipertensione diastolica pel valore della pressione sistolica, che sta nei limiti normali, come può avvenire nelle forme subacute della nefrite.

Dopo quanto si è detto, si comprende facilmente l'importanza delle formole seguenti nelle quali A rappresenta il numero degli anni di età ed S la pressione sanguigna stabilita in un determinato caso:

1) la pressione sanguigna sistolica in $A > 20$ oscilla fra $90 + \frac{A}{2}$ e $130 + \frac{A}{2}$;

2) la pressione sanguigna sistolica in $A < 20$ oscilla fra $60 + 2\ A$ e $100 + 2\ A$ (in $A = 20$ si può indifferentemente scegliere la prima o la seconda formola, essendo il risultato sempre il medesimo);

3) la pressione sanguigna diastolica oscilla fra $\frac{S}{2}$ ed $\frac{S}{2} + 30$.

DE CHIARA.

CHIRURGIA.

Serie integrale d'osteosintesi dell'omero per frattura eseguite dopo il 1911 e loro risultato lontano.

(FREDET. *Journal de Chirurgie*, n. 4, ottobre 1924).

L'A. dice che per avere un concetto esatto bisogna basarsi su di una serie abbastanza numerosa di fratture operate dallo stesso chirurgo, occorre esaminare le differenti ossa separatamente, tenere conto di tutti i casi trattati e dei loro risultati lontani.

In sostanza la riparazione anatomica, rilevata alla radiografia subito dopo l'operazione o anche dopo qualche mese, è illusoria per le esuberanze ed irregolarità tanto da far dubitare del valore dell'osteosintesi, se l'esame tardivo non facesse vedere un cambiamento profondo. Nei casi complicati per la correzione incompleta i risultati operatori sarebbero mediocri se la natura dal canto proprio non completasse l'opera iniziata dal chirurgo. Inoltre la riparazione anatomica perfetta offre meno importanza dal punto di vista anatomico che da quello funzionale.

L'A. comunica le osservazioni personali per quanto riguarda le fratture dell'omero, riservandosi in seguito di trattare quelle delle altre ossa. Riferisce su 20 casi operati dopo il 1911, cioè in più di 12 anni, senza escludere alcuna delle osteosintesi fatte. Sembrerebbe che il numero fosse esiguo, ma l'A. ha limitato l'intervento cruento a quei casi gravi, ribelli al trattamento semplice e che avrebbero potuto determinare infermità serie.

L'epoca degli interventi rimonta una volta a più di 12 anni, due volte a più di 11, tre volte

a più di 10, una volta a più di 9, una volta a più di 7, una volta a più di 6, due volte a più di 5, una volta a 4 anni, una volta a 3, una volta a 2, due volte ad 1, ed i casi più recenti a 6, a 5, e a 3 mesi.

Gli operati sono stati tutti seguìti e sorvegliati con la radiografia; radiografia eseguita immediatamente dopo l'operazione e di mese in mese per sette mesi consecutivi, quindi di anno in anno; contemporaneamente sono stati verificati i risultati funzionali.

L'età del soggetto al momento dell'operazione oscillava tra 11 anni e 71 (naturalmente è stata verificata una ossificazione più rapida nei soggetti giovani).

Per il sesso si è avuto da fare 13 volte con maschi e 7 volte con femmine (le donne dopo la meno-pausa hanno ottenuto gli stessi benefici che gli uomini).

Per quanto riguarda la varietà anatomica delle fratture 15 volte si trattava della diafisi omerale, 2 volte del collo, 3 volte dell'epifisi inferiore. In 12 casi le fratture erano a due frammenti, 5 in senso trasversale, 4 leggermente obliqui, 3 fortemente obliqui; 3 volte si riscontrarono con tre frammenti, le due linee principali di frattura a becco di clarinetto, il frammento centrale a cuneo.

L'epoca delle fratture al momento dell'intervento ha variato da un mese circa, a 65 giorni ed anche a 390 in casi di pseudoartrosi.

Il tempo dell'intervento precoce da 4 a 33 giorni: nei primi tempi l'A. attendeva 7 od 8 giorni ad intervenire, poi ha abbreviato a 4 o 5 giorni. Egli dice che l'attesa è tutta a detrimento di una prognosi favorevole, specialmente quando si sorpassano i 30 giorni, per la funzionalità dell'arto.

Per quanto riguarda la tecnica seguìta l'A. si diffonde sulla asepsi rigorosa, sulle vie di accesso (per non ledere organi importanti, muscoli, tronchi vascolari, nervi), sull'impiego di un istrumentario adatto, sul materiale di sintesi (placche avvitate, cerchiaggio con fili metallici o placche di Putti o di Lambotte, associazione della protesi e del cerchiaggio, sutura diretta con fili metallici o con crini di Firenze, avvitamento). Espone dettagliatamente in quali casi sia da usare l'uno piuttosto che l'altro mezzo; le sostituzioni che ha fatto delle viti con testa piatta a quelle emisferiche, delle placche di Scherman a quelle di Lambotte (perchè più lunghe e resistenti e provviste di minor numero di fori per le viti).

Sistematicamente egli sutura il periostio previamente scollato sulle protesi, perchè dice che queste devono essere tollerate dall'organismo, sutura poi i muscoli, le aponeurosi ed immobilizza l'arto in buona posizione.

Riferisce poi che i risultati di tutte le fratture suturate (comprese le pseudoartrosi), sono guarite con consolidazione ossea perfetta ed in attitudine corretta; il callo è fusiforme ed un poco grosso; la consolidazione si effettua con una lentezza relativa; il materiale di sutura è stato inglobato dal callo e tollerato e non provoca disturbi; i risultati funzionali sono stati eccellenti per le membra.

Dalle osservazioni radioscopiche l'A. ha potuto vedere che il callo passa per tre stadi successivi: appare prima sotto forma di manicotto periosteo, infiltrante per un grande tratto i tessuti parostali e muscolari, essendo più sviluppato a livello del focolaio di frattura; compare nei giovani dopo 5 giorni, nei vecchi più tardi. Il secondo stadio si presenta con una esuberanza del callo ed una irregolarità nella sua superficie.

La calcificazione appare alla fine del primo mese ed è nettamente visibile e separata dall'osso da una linea biancastra. Nel terzo stadio il callo si regolarizza circa il terzo mese, diminuisce di volume e poi man mano si riassorbe verso il sesto, settimo mese. A tale proposito si deve ricordare che nelle cure postoperatorie, non bisogna essere corrivi ad anticipare i movimenti attivi e passivi, perchè essendo il callo malleabile si possono determinare delle deformazioni (incurvamenti) che non vanno attribuiti al trauma operatorio soltanto, ma anche alla presenza del materiale di sutura ed allo scollamento del periostio. Egli lo ha notato più facilmente dopo il cerchiaggio, anzichè dopo l'applicazione di placche.

Nei 20 casi trattati il materiale di sutura è stato ritolto soltanto una volta per rottura della placca al ventesimo giorno.

Segue una esposizione dettagliata dei singoli casi con numerose riproduzioni di radiografie e l'A. viene alle seguenti conclusioni: che nelle fratture più comuni i mezzi ordinari di riduzione e di contensione, pur non essendo sempre perfetti, forniscono dei mezzi sufficienti, anche se persiste una leggera deformazione, per cui questi sono i casi più numerosi che non giustificano un intervento cruento. Nelle fratture gravi invece in cui i frammenti sono fortemente spostati ed esiste interposizione muscolare, ecc., l'osteosintesi rappresenta l'unico trattamento efficace. Nelle donne è sempre bene evitare le cicatrici ed accontentarsi anche di una deformazione lieve purchè il risultato funzionale sia ottimo.

PANDOLFINI.

Fratture sopracondiliche del gomito: riduzione cruenta con incisione anteriore.

(RUIZ MORENO. *Revista de Cirugia de Buenos Ayres*, n. 5, ottobre 1924).

Per molti anni nell'Ospedale dei bambini di Buenos Ayres tale tipo di frattura è stata sistematicamente trattata coi metodi incruenti· non sempre i risultati furono buoni, specialmente nelle fratture sopracondiliche tipo Kocher altrimenti dette *per estensione*, e ciò per la difficoltà che talora si incontra a riportare, con manovre incruente, i frammenti di frattura in buona situazione. Quando coesistano lesioni vascolari o nervose il trattamento deve essere cruento e su questo punto ormai non si discute più. L'A. però crede che anche i casi in cui esista un voluminoso ematoma o un forte spostamento dei frammenti debbano essere ridotti per via cruenta e precocemente. La tecnica proposta ed impiegata dall'A. è semplice: incisione anteriore mediana subito sopra la piega del gomito; si divaricano le fibre del bicipite e del brachiale anteriore e si cade direttamente nel focolaio di frattura; lo si libera dai coaguli e dalle lacinie muscolari lacerate, e manovrando con una leva insinuata fra i monconi ossei si riesce ad ottenerne con facilità la riduzione. Non è necessaria l'osteosintesi poichè i frammenti essendo dentellati, una volta ridotti, si ingranano e ciò impedisce un nuovo spostamento. Sutura completa delle parti molli e apparecchio gessato immobilizzante il gomito flessò a 90 gradi. Si cominciano i primi movimenti articolari dopo 8 o 10 giorni. L'A. ha trattato così 3 casi con esito perfetto.

A. CER.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. BASILE. *Ricerche diagnostiche di clinica medica*. 2ª ediz., pag. VIII-310. V. Idelson, edit. Napoli, L. 22.

L'esaurirsi in sei mesi della 1ª edizione di questo manuale mostra il favore con il quale venne accolto da medici e studenti. La nuova edizione non è semplice ristampa della precedente, ma pur conservandone i caratteri basilari, mostrasi rimaneggiata nella maggior parte dei suoi capitoli ed arricchita di nuovi, riguardanti le moderne ricerche messe dagli studiosi a servizio della clinica pratica, quali la reazione di Schik nella difterite, la ricerca diretta della spirochaeta pallida, ecc. Come nella antecedente veste così pure in questa seconda edizione al dettaglio della tecnica seguono brevi notizie, ma chiare, sul valore che deve esser dato ad ogni risultato, sulla possibile interpretazione genetica. Studenti e medici pratici senza dubbio riconfermeranno il giudizio favorevole che suggellò la precedente edizione di questo manualetto, ottima guida per il pratico.

MONTELEONE.

W. L. BROWN. *Physiological principles in treatment*. V edizione. Un vol in-16° di 511 pag., rilegato. Baillière, Tindall e Cox. Londra, 1924. Prezzo 10/6.

Negli ultimi decenni, le nostre idee su diversi argomenti della fisiologia si sono radicalmente modificate; d'altra parte si è venuto realizzando nella clinica un più largo uso dei metodi di ricerca scientificamente esatti quali si adottano in fisiologia. Ne è risultato un accordo più perfetto fra fisiologia e medicina, con la conseguenza che quest'ultima approfitta largamente dei dati forniti dalla prima la quale, a sua volta, trova nella clinica allargato il suo campo di studi.

Il medico pratico ha la sensazione che la fisiologia di oggi non corrisponda più esattamente a quella che ha appreso sui banchi di scuola, ma non ha nè il tempo, nè la possibilità di mettersi a studiare un trattato di tale materia. L'A. ha compreso questa necessità e non presenta al lettore un trattato sistematico, ma esamina in altrettanti capitoli le applicazioni alla medicina delle nuove acquisizioni della fisiologia. Citiamo, p. es., quelli sui principi di organoterapia, sul lavoro del pancreas e del fegato, sull'acido urico, sull'intossicazione intestinale, sulle vitamine e sul metabolismo del calcio, ecc.

Ogni medico colto, che non vuol essere estraneo alle odierne correnti scientifiche, le quali hanno poi un grande riflesso nella pratica, leggerà con molta utilità questo interessante libro.

fil.

H. LAMBERT. *La pratique médicale rurale*. Un vol. in-16° di 119 pag., A. Maloine, ed. Parigi, 1924.

Osserva giustamente l'A. che l'ambiente rurale impone alla medicina un indirizzo del tutto particolare. L'abitudine di agire da solo, lontano dal consiglio dei maestri e degli specialisti, obbliga il medico di campagna a curare la sua cultura, ad imporre le sue decisioni senza discussione e ad accettare una responsabilità che i medici della città non conoscono.

I consigli dell'A. sono specialmente destinati ad iniziare i giovani alla enciclopedica pratica rurale, per la scelta degli strumenti e dei libri, nonchè per mostrare entro quali limiti deve svolgersi l'attività del medico di campagna. Solo chi conosce bene le condizioni della pratica rurale comprenderà l'importanza delle osservazioni dell'A. circa i limiti operatorii e sulla necessità di cognizioni nei diversi campi delle specialità. Ma,

anche nella medicina generale, il medico di campagna ha forzatamente delle limitazioni, dovendo spesso fare a meno di parecchie ricerche, come di quelle radiologiche o di laboratorio che facilitano la strada; egli deve invece domandare molto di più alla clinica ciò che, del resto, presenta il vantaggio di affinare in lui lo spirito di osservazione e di critica.

Ogni medico che conosce per pratica l'esercizio della condotta leggerà con piacere e con profitto questo libro di vita vissuta e di consigli fraterni.

fil.

P. Carnot. *Les problèmes actuels de diététique* Baillière, ed. Fr. 8.

Volumetto riassuntivo di un corso tenuto alla facoltà di medicina di Parigi dal Carnot col concorso dei proff. M. Labbé, Rathery, Josué, Lereboullet, Pagniez. Carnot si occupa dell'equilibrio nutritivo, della iperalimentazione, della ipoalimentazione, Rathery del regime nell'acidosi, del regime nelle malattie da carenza, Lereboullet, del regime nel periodo dell'accrescimento, Josué del regime nella vecchiaia e Pagniez dell'anafilassi alimentare. Nozioni sintetiche, selezionate, per una guida razionale e pratica nell'esercizio diretto della medicina.

T. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Sezione veneta della Società di Pediatria.

Padova, 5 maggio 1925.

La diagnosi di meningite tubercolare.

Prof. Berghinz Guido. — L'O. in seguito a numerose ricerche è arrivato alle seguenti conclusioni:

1) Il reticolo di Mya è proprio della meningite tubercolare se sottile, delicato, costituentesi dalla conglomerazione dei granuli sempre esistenti nel liquor in dette forme morbose.

2) I granuli che sono nella meningite tubercolare costanti cosicchè il liquido non è mai limpido, sono stati da me riscontrati all'infuori di dette forme morbose solo nella lue e nella malattia di Heine-Medin, ma senza reticolo, per lo più senza deposito, raramente con reticolo grossolano. (Sangue).

3) Non ho trovato nè granuli nè reticolo nell'encefalite epidemica.

4) Nella spasmofilia in atto il liquor è limpido. Il P. R. normale.

5) La ipoglicorachia è costante nella meningite tubercolare.

6) La iperglicorachia è costante nell'encefalite epidemica.

7) La iperglicorachia è costante nell'Heine-Medin in stadio acuto. Granuli, ipoglicorachia prima ancora del reticolo permettono diagnosi differenziale il cui interesse ogni medico saprà apprezzare.

Le affezioni broncopolmonari protratte non tubercolari nell'infanzia.

Prof. Gaetano Salvioli. — In prima linea sono le forme di natura influenzale che possono dare dei quadri di affezioni broncopolmonari pseudotubercolari. Occorre fondarci in questi casi su altri dati che non sieno solo quelli avuti dagli accertamenti radiografici, dalle prove biologiche, dalle ricerche microscopiche. Le bronchiectasie costituiscono una tra le più frequenti cause anatomiche di affezioni broncopolmonari croniche nell'infanzia specialmente se queste dilatazioni dei bronchi sono, per la loro particolare origine, permanenti. Vengono riferiti casi di bronchiectasie di varia natura e presentanti vario decorso, e considerato un gruppo di 48 casi di broncopolmoniti influenzali, dalla cui esposizione risulta che occorre spesso andare cauti prima di giudicare della specificità di forme polmonari basandosi sui comuni criteri diagnostici.

Particolare fenomenologia ottenuta nel coniglio coll'inoculazione nella camera anteriore di liquor encefalitici.

Prof. Gaetano Salvioli. — Un coniglio inoculato nella camera anteriore dell'occhio con una certa quantità di liquor di encefalitico prelevato nei primi giorni della malattia venne a morte in tre settimane. Un 2° coniglio non venne subito a morte; solo dopo diversi mesi ebbe a presentare tremori, fatti progressivi spastici che arrivarono quasi alla rigidità, turbe trofiche distalmente agli arti, morte. Tardivi segni di malattia sono pure osservati in conigli inoculati, nella camera anteriore dell'occhio, con emulsione di cervello del 2° coniglio. Nei centri nervosi si dimostra un particolare microrganismo e lesioni citologiche, infiltrative ed emorragiche.

L'oratore crede che l'andamento particolare fosse dato dalla attenuazione del virus.

Contributo alla conoscenza del virus della malattia di Heine-Medin.

Dott. Andrea Pagani Cesa. — L'O. porta a conoscenza le sue ricerche eseguite su sette bambini affetti da poliomielite.

Dopo aver esposto le prove sierologiche eseguite: agglutinazione, deviazione del complemento, intradermoreazione alla Schick e le esperienze eseguite sugli animali conclude dicendo:

1) Si può, prelevando il liquor nella prima settimana di malattia avere lo sviluppo del germe in terreno De Cristina.

2) Detto germe, con certi dettami di tecnica può essere visto coi soliti ingrandimenti microscopici.

3) Il germe si può trapiantare in serie — sia con successivi insemenzamenti diretti, sia con insemenzamenti di coltura filtrata attraverso Chamberland L. 9, L. 11 e Berkefeld N. W.

Il sondaggio precoce nelle ustioni esofagee secondo il metodo Salzer.

Dott. ANDREA PAGANI CESA. — L'O. illustra due casi di ustionati nei quali ebbe campo di esperimentare il metodo del sondaggio precoce secondo SALZER.

Si trattava di due bambini che in seguito alla ingestione di liscivia di soda concentrata presentavano delle gravi lesioni ulcerative della mucosa esofagea. Egli introdusse, secondo questo Autore, fin dal secondo giorno dell'avvenuta lesione, una sonda elastica per impedire che le pareti di quest'organo collabendo potessero contrarre delle aderenze. Continuò così per tutto il primo mese facendo sedute giornaliere di mezz'ora, dipoi diradando le sedute e così per il tempo di ben sei mesi.

Dopo aver esposto l'andamento dei suoi casi, i vantaggi e gli inconvenienti del metodo, conclude approvando in via di massima il metodo Salzer.

Potere riducente e pressione del liquido encefalo-rachidiano in pediatria.

Dott. ANTONIO BACCICHETTI. — L'O. riferisce su 165 ricerche fatte in svariate malattie dell'asse cerebro-spinale e dei suoi involucri. Per il dosaggio del potere riducente usa il metodo Pavj-Sahli-De Toni; per la pressione l'apparecchio di Claude. Stabiliti mediante ricerche su bambini sani i valori medi normali in 0,54 per mille per il P. r. e 20-30 mm. per la pressione, passa ad esaminare le variazioni nelle singole forme morbose. Nella meningite tubercolare trova diminuzione costante del p. r. fin dall'inizio della malattia e nel 50 % dei casi scomparso; la pressione è nel 40 % sopra i 55 mm. Nelle meningiti purulente il p. r. è diminuito sempre e nel 60 % scomparso. Nelle meningiti sierose il p. r. è sempre conservato e a volte aumentato. Negli idrocefali il p. r. è vario in rapporto con la diversa etiologia, e patogenesi. Nell'Heine-Medin il p. r. è aumentato nello stato acuto, normale nel periodo delle paralisi. Nell'encefalite epidemica il p. r. è sempre conservato e nell'86 % nettamente aumentato sia nelle forme croniche che acute. Nelle cerebropatie il p. r. è diminuito nei Little, normale nelle idiozie, vario nelle forme con paralisi o con convulsioni in rapporto con la diversa etiologia. Nei tumori è vario in rapporto con la natura di questi. Nel tetano il p. r. è nettamente aumentato. Nella corea reumatica, nelle miopatie tipo Wernig-Hoffmann, nella pertosse; nelle paralisi post-difteriche, nelle gastro-enteriti, nell'eredolue, nella tubercolosi polmonare il p. r. è normale. Nella tubercolosi miliare è diminuito.

La pressione presenta valori vari ed è difficile riassumerli.

La forma timpanica della peritonite tubercolare della prima infanzia.

Dott. G. DE TONI. — L'O. riporta l'osservazione personale di un bambino di 21 mesi, in cui la enorme dilatazione dell'epigastrio, con timpanismo, poteva far pensare ad un megacolon, ma in cui l'assenza di turbe intestinali gli permise di far diagnosi di peritonite tbc. a forma timpanica.

L'autopsia confermò pienamente la diagnosi, mostrando l'esistenza di una tubercolosi diffusa del peritoneo con infiltrazione delle ghiandole mesenteriche. Nessuna traccia di versamento nè di ulcerazioni dell'intestino.

L'O. insiste sull'interesse clinico e diagnostico di questa forma di peritonite che merita di essere più conosciuta.

Difterite del naso-faringe di origine otitica.

Dott. GIUSEPPE BORIANI. — L'O. espone l'andamento clinico di un caso di otite difterica rimasta misconosciuta per parecchio tempo. La progressiva invasione del processo morboso alle coane, al faringe, al laringe diede al quadro una gravità imponente. Illustra l'esito brillante della intensiva sieroterapia che raggiunse in undici giorni 87 mila U. I. Dopo alcune considerazioni d'indole clinica l'O. mette in guardia sulla possibilità che otiti di tali nature possono passare alle volte per otiti banali, ciò a scapito di una efficace terapia.

Consiglia l'accertamento in ogni caso di otite della sua flora bacterica e nei casi di otiti Löffleriane l'intervento sieroterapico che darà ragione della forma morbosa.

L'azione eritropoietica della colesterina nelle forme oligoemiche infantili.

Dott. GIUSEPPE HALFER. — L'O. partendo dagli esperimenti fatti su animali da THOMAS, LEBERTH, DORLE sull'azione eritropoietica della colesterina, iniziò una serie di ricerche, e notò: già dopo una prima introduzione di colesterina si verifica un improvviso aumento dei globuli rossi, ma detto aumento è passeggero, mentre una prolungata somministrazione ed a dosi scalari (da 0,20 fino a 2 gr.) dà un aumento costante e duraturo sia nel numero che nella resistenza globulare. I bambini sono in osservazione da sette mesi. Notò che l'uso anche prolungato per via orale non dà alcun fenomeno spiacevole ed è bene tollerata dai bambini.

Conclude proponendo di introdurre nelle forme di anemie infantili spesso ribelli ad ogni trattamento la terapia colesterinica che ha una indubbia azione eritropoietica ed è di somministrazione facile ed innocua.

R. GAETANO SALVIOLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il noto e l'ignoto sulla psoriasi.

La psoriasi (J. F. Schamberg: *Journ. A. M. A.*, 18 ottobre 1924) è spesso familiare, ma non pare possa dirsi ereditaria. Nella sua produzione sono stati chiamati in causa il reumatismo, la gotta, la cattiva funzione renale, le malattie del pancreas, i disturbi gastrointestinali, le malattie nervose funzionali ed organiche, i disturbi endocrini, la tubercolosi, la lues, dei parassiti, ecc.; però nessuna di queste cause è solidamente dimostrata. Ci sono anche psoriasi che compaiono in gravidanza e scompaiono col parto (S. Ayres).

Si conoscono però mezzi per rendere latente la psoriasi: tali i raggi X, che però possono anche, pare, provocare neoplasie in loco, o anemizzare il soggetto. Secondo l'A. la dieta scarsa di proteine, specie di proteine animali, raggiunge lo stesso intento; ma secondo F. Burnett ciò si avrebbe solo perchè vengono così regolate le funzioni intestinali.

Durante le malattie acute spesso la psoriasi si rende latente, onde se ne è tentata la cura con i vari vaccini, con le proteine e l'autosieroterapia. Questi mezzi arrestano il processo, e poi applicazioni locali varie (raggi, crisarobina) riescono generalmente a fare scomparire l'eruzione.

La psoriasi è eccezionale nei negri.

DORIA.

La pitiriasi rosea di Gibert e la sua eziologia.

La pitiriasi rosea di Gibert è caratterizzata all'inizio da una placca eruttiva, che si presenta sotto forma di un elemento di color rosso-roseo, arrotondato o, più spesso, ovalare, ben delimitato da un margine di colore rosso più vivo che il centro. La placca ha le dimensioni di 2-3 mm., è eritematosa, scarsamente squamosa; sembra leggermente rilevata e si allarga lentamente per estensione periferica, poi, poco a poco, impallidisce e finisce per scomparire. Può essere unica, più raramente multipla ed in tal caso se ne trovano duetre quasi sempre vicine, come in gruppo. L'evoluzione di questa malattia è ciclica; essa scompare spontaneamente in qualche settimana.

Le numerose ricerche fatte finora per trovarne l'agente eziologico sono state negative e non si sono trovati nè microbi, nè microfiti di incontestabile valore patogeno. L. Brocq (*Le Bulletin médical*, 1925, n. 17), in base all'osservazione di quattro casi mette in rilievo la possibilità che tale malattia sia innestata dalla puntura di pulci. Trattasi di una semplice ipotesi che dovrebbe essere suffragata da ulteriori osservazioni e da esperimenti che possano confermare il valore di questi parassiti nel determinare la detta malattia.

fil.

La leucodermia solare.

Neisser aveva dato il nome di leucodermia a certe macchie bianche, che si trovano specialmente nelle donne, al collo od alla nuca, nella sifilide secondaria. Si è veduto però in seguito che tali macchie non sono caratteristiche della sifilide, ma che si trovano anche in altre malattie, come nella psoriasi, nella parapsoriasi, e nell'eczema seborroico.

Foldmann (*Dermatologische Woch.* e *Presse médicale*, 28 marzo 1925) ha osservato di tali macchie, arrotondate od ovalari, in malate che erano state curate con bagni di sole. Talvolta, nella sede delle macchie leucodermiche, si trovano delle tracce di lesioni cutanee antecedenti, spesso di *pitiriasis versicolor*, tal'altra non si trova lesione cutanea visibile.

Dette macchie si riscontrano sul torace od alla nuca, dove possono simulare del tutto la leucodermia sifilitica. Basta essere prevenuti di tale possibilità per non cadere nell'errore.

fil.

Tossicodermia mestruale con sintomi erisipeloidi

Le manifestazioni cutanee che accompagnano la mestruazione sono conosciute da tempo; alcuni hanno descritto delle dermatiti, altri delle eritrocianosi simmetriche. K. v. Nerde (*Dermatologiche Wochens*, 7 febbraio 1925) ha osservato in una donna di 33 anni, durante le mestruazioni, dei disturbi cutanei consistenti in edema rosso erisipelaceo, specialmente marcato alla faccia. Anche la mucosa della bocca, della lingua, della gola era ugualmente edematosa e rossa; la malata non poteva più inghiottire, la respirazione era assai disturbata, tanto che si pensava alla possibilità della tracheotomia. Sulle braccia e sulle gambe, si osservavano in punti simmetrici delle placche di orticaria che poi diventarono emorragiche e si riassorbirono in pochi giorni, lasciando delle macchie pigmentarie.

I disturbi si ripeterono nelle successive mestruazioni. I sintomi comparivano qualche giorno prima delle regole e scomparivano progressivamente con l'apparizione dei mestrui. Con un trattamento opo- e radioterapico, si ottenne la menopausa per 62 giorni, durante i quali non si ebbe alcun disturbo. Ma, alla ricomparsa delle mestruazioni, ricomparvero altresì i disturbi cutanei.

fil.

La sostituzione dei liposolventi ai grassi nella cura delle dermatosi.

P. Ravaut (*Le Bulletin médical*, 1925, n. 17) osserva che troppo spesso in terapia dermatologica si usano i corpi grassi come eccipienti delle sostanze medicamentose che si vogliono far agire sulla cute, provocando inconvenienti ben noti ai malati. Al contrario, l'uso di liposolventi per la pulizia della pelle e come vettori dei medicamenti dà ottimi risultati; anzitutto le superfici cutanee sono assai più pulite, l'applicazione non ne è incomoda come quella delle pomate; essi permettono alle sostanze attive di penetrare bene nelle stesse lesioni e sono, inoltre, assai bene sopportati, purchè si agisca con la necessaria prudenza.

L'applicazione di qualsiasi sostanza medicamentosa in soluzione acquosa od alcoolica è del tutto inutile se prima non si sbarazza la cute dai grassi, ciò che si ottiene con l'uso dell'alcool-etere a parti uguali; per certe pelli è meno irritante l'etere da solo. Questa pulizia provoca una sensazione di bruciore, ma in compenso l'azione del medicamento che si applica in seguito è più efficace. Quando poi si usi una soluzione alcoolica, è consigliabile aggiungervi dell'etere. Così, nel trattamento delle epidermomicosi con l'alcool jodato, l'A. consiglia di aggiungere la tintura di jodio nelle quantità scelte alla miscela di alcool-etere, ana. Nelle epidermiti micosiche o microbiche, però, è meglio ricorrere all'acido salicilico o benzoico, in quantità di 20 cg. ad 1 g., ana, da sciogliersi in alcool ed etere ana g. 15. Con questa soluzione, si puliscono bene le regioni coperte da croste, squame, come il cuoio capelluto, la regione della barba e si lasciano in contatto con la pelle dei medicamenti attivi, senza determinare irritazioni. Così pure nelle lesioni da intertrigo eczematizzato delle regioni genitali, probabilmente di origine micotica, l'applicazione di questa miscela non irrita affatto e permette di ottenere la guarigione mentre diversi medicamenti incorporati a corpi grassi non avevano avuto che l'effetto irritante.

Per l'acido crisofanico è preferibile la soluzione eterea (0.85 %) anzichè quella cloroformica e così pure per l'acido picrico (soluzione a 1 %).

Anche lo xilol può essere usato con giovamento, specialmente contro il *Demodex folliculorum*, che può avere importanza patogena per certe forme di acne con comedoni, in certe cheratosi senili con grossi comedoni. Nel primo caso, si consiglierà la frizione leggera, con un tampone di cotone, una volta al giorno (in seguito due) con una miscela di alcool, etere, cloroformio e xilolo. Nelle follicoliti suppurate, si agirà con prudenza, per evitare eccessiva irritazione, e si userà sul principio: alcool, etere, ana g. 40; cloroformio g. 20; xilolo g. 5-10. Si aumenterà in seguito la dose di xilolo e di cloroformio e, naturalmente non si trascurerà la cura interna, tanto utile nell'acne.

Nella cheratosi senile si può agire con minor cautela. Nella formola precedente, si metteranno g. 30 di cloroformio e 20 di xilolo e si potrà arrivare ad una miscela dei quattro corpi a parti uguali. Si farà, mattina e sera, una frizione con un tampone di ovatta ed eventualmente con un pezzo di tela imbevuti della miscela.

Si tenga presente che nelle miscele di alcool-etere, la concentrazione dell'alcool non ha importanza, mentre quando si tratta di unirlo allo xilolo od al cloroformio, esso deve essere a 90°.

fil.

Trattamento degli eczemi secernenti.

Lortat-Jacob (*La médecine* e *Paris médical*, 21 marzo 1925) osserva che per guarire realmente e radicalmente l'eczema dei gottosi e, particolarmente degli intossicati, è necessario provocare una secrezione abbondante e prolungata, ciò che si ottiene avviluppando l'eczema con il caucciù. Bisogna quindi, senza irritare la pelle, provocare la secrezione quando è poco abbondante e mantenerla più a lungo possibile, quando si manifesta. A tale scopo, ci si serve di una tela gommata che si mette direttamente sulle superfici secernenti, evitando le pieghe e dopo aver fatto cadere le croste ed aver calmata l'irritazione con una medicazione umida e dei cataplasmi di fecola freddi. Si fissa la tela a contatto dell'eczema evitando di serrarla troppo. L'essudazione liquida aumenta durante le prime ore e poi resta stazionaria per giorni e settimane; in seguito diminuisce e cessa. Quando incominciano a manifestarsi il prurito ed il gemizio di liquido, si leva la tela gommata per sottrarre la cute all'azione macerante e per non tenere i tegumenti in un bagno continuo. Si passa allora sull'eczema un tampone imbevuto di soluzione fisiologica, si asciuga la tela gommata e la si rimette a posto. Si continua in tal modo fino a cessazione completa della secrezione; così l'epidermide rimane dolce al tatto, liscia ed il prurito cessa del tutto. Non resta allora che applicare una pomata, preferibilmente a base di sugna fresca.

fil.

Il trattamento del foruncolo.

Il foruncolo è dovuto ad una varietà di stafilococco aureo, si sviluppa particolarmente su certi individui ed è autoinoculabile. Da queste osservazioni derivano i corollari terapeutici che ne

traggono Vayrières e Guibert (*Le Bulletin médical*, 1925, n. 17) e cioè:

1) Rendere il terreno sterile per il germe, ciò che si può ottenere mediante le vaccinazioni, preferibilmente con gli autovaccini, ma che può essere inutile se le cure locali, all'inizio, sono sufficienti. Anche il lievito di birra può essere utile.

2) Sopprimere le cause che si ritengono favorevoli allo sviluppo del germe. Su questo argomento, le nostre conoscenze sono incomplete e dobbiamo tenerci alla tradizione, cioè: sopprimere le carni od almeno quelle molto grasse, gli alimenti che non sono assolutamente freschi ed i prodotti di salumeria, ed assicurare un buon funzionamento all'intestino.

3) Distruggere il germe e rendere il terreno sterile alla superficie. Procedere quindi ad accurate medicature fin dall'inizio. L'antisepsi cutanea viene realizzata con le saponature energiche, prolungate che asportano i detriti cutanei ed i grassi che costituiscono forse il miglior mezzo di coltura (*sic!*). Alla saponatura si farà seguire il bagno con un antisettico; per ciò è preferibile il solfato di rame, in quantità di 250 o, meglio, di 500 grammi per bagno. Si eviteranno le inoculazioni in vicinanza mediante una teletta minuziosa della regione. Se il foruncolo è molto suppurante, si faranno applicazioni di abbondante ovatta e si metteranno delle pomate. Quando il cencio è uscito, si potrà tentare di disinfettare la cavità con nitrato d'argento a 1/20; è però più prudente spennellare la cute circostante con una soluzione più debole; la colorazione nera deve essere mantenuta ed in tal modo la cute ha la probabilità di rimanere sterile. La tintura di jodio non è consigliabile, tanto più che essa ha più che altro azione sui lieviti e sui funghi. In qualche caso si potrebbe usare la soluzione di acido cromico a 1/20, avendo la precauzione di lavare poi accuratamente con una soluzione di bicarbonato di sodio; l'acido cromico però non ha azione istantanea, ma più che altro tende ad impedire l'infezione. All'inizio si potrà qualche volta fare abortire il foruncolo togliendo il pelo centrale e toccando con il nitrato d'argento.

Nei foruncoli multipli si seguirà lo stesso trattamento, avendo molta cura nello sgrassare la pelle. *fl.*

Nel prurito vulvare.

È anzitutto necessario prendere in considerazione lo stato generale; disturbi dispeptici, costipazione, diabete, nefrite ed agire in conseguenza.

Nel trattamento locale, evitare le iniezioni troppo calde ed irritanti e soprattutto gli antisettici. Accontentarsi di acqua di malva, con bicarbonato di sodio, 7 g. per litro.

Brocq (rif. in *Journal des praticiens*, 27 dicembre 1924) consiglia delle lozioni con questa soluzione: acido fenico cg. 50, acetato di morfina cg. 40, acido cianidrico a 1/100 g. 3, glicerina g. 50, acqua g. 120. Se vi è dello scolo, fare iniezioni di acqua ossigenata (tre cucchiai per litro) o con permanganato di potassio (1/4000), ed in seguito spalmare le parti con: ittiolo g. 2, vaselina g. 40, lanolina g. 10, ed interporre fra le grandi labbra un pannolino intriso con la stessa pomata.

Se le lozioni esagerano il prurito, accontentarsi delle iniezioni necessarie per la cura delle perdite vaginali e pulire le parti malate due volte al giorno con tamponi di cotone intrisi di vaselina.

Portano giovamento anche le spennellature con nitrato d'argento a 1/50; nell'andare a letto, la malata prenderà un cucchiaino della seguente soluzione: estratto di valeriana g. 5, bromuro di potassio g. 10, idrolato di menta g. 100.

Nei casi ribelli, tentare le applicazioni dei raggi X. *fl.*

IGIENE.

I saponi.

Il sapone è un sale risultante dalla combinazione di un ossido metallico con uno o più acidi grassi.

I saponi comunemente adoperati per lavare sono a base di soda o di potassa in combinazione con uno o più acidi grassi (acido oleico, margarico, stearico).

I saponi alcalini sono solubili in acqua, ma le loro soluzioni sono poco stabili: basta la presenza di un acido qualsiasi, ed anche in debolissima proporzione, per produrre immediatamente la decomposizione del sapone.

I sali metallici decompongono i saponi alcalini producendo i saponi dei rispettivi metalli, che sono insolubili nell'acqua, donde precipitazione. Questa proprietà è particolarmente spiccata nei sali di calcio.

È per questa ragione che nelle acque ad alto grado di durezza, ossia cariche di sali di calcio, la solubilità dei saponi è ridotta.

I saponi di soda sono duri, quelli di potassa pastosi o molli. Questi ultimi per il fatto che contengono alcali libero, ma non soltanto per questo, sono irritanti per la pelle e sono perciò adoperati nella terapia dermatologica. I saponi di potassa sotto forma di soluzione acquosa costituiscono lo shampooing ordinario, economico. Mentre la soluzione d'un buon sapone di soda in alcool, in glicerina o in una mescolanza di questi due liquidi formano lo shampooing più costoso, ma preferibile. La soluzione si fa a caldo a bagno maria per impedire che s'infiammi.

Per queste soluzioni, almeno nell'alcool, occorre adoperare saponi derivanti da olii vegetali, perchè un sapone animale precipiterebbe con il raffreddamento e si avrebbe un deposito simile al sapone trasparente o balsamo di Opodeldoch.

I saponi di soda sono i soli che si possono adoperare per lavare le mani, il viso e le altre parti del corpo; non devono avere alcali libero; devono essere neutri e conservare ancora una piccola proporzione di grasso non saponificato: si dice allora che il sapone è leggermente ipergrasso.

Un buon sapone non deve dare schiuma nè troppo rapidamente, nè troppo abbondantemente; il sapone dà schiuma più abbondante quanto più e alcalino.

Le qualità dei saponi di soda variano alquanto con la natura delle materie grasse impiegate nella loro preparazione. Quello animale non è simile al sapone derivante dall'olio d'ulivo, e questo è differente da quello che si ottiene con l'olio di palma. La maggior parte dei saponi in commercio sono fatti con una mescolanza di olii vegetali.

Il sapone di soda all'olio di mandorle è molto caro: è il sapone che meglio si scioglie nell'alcool.

Il sapone medicinale è un sapone sodico di grasso di vacca; è impiegato per uso interno e per la preparazione del balsamo Opodeldoch.

Il sapone animale è quello più antico. Veyrières e Guibert (*Presse Médicale*, 1924, 20 dicembre) ricordano che furono i Galli a produrre il primo sapone con il grasso degli animali e le ceneri dei loro focolari.

L'azione principale del sapone non è quella d'un alcali, ossia di sciogliere e saponificare i grassi. Il sapone si insinua tra i tessuti e le impurezze, e quest'ultime sono messe in uno stato di divisione tale che restano sospese nell'acqua. Nello stesso modo agiscono il legno di Panama, la saponina, la saponaria, alcune farine, certi semi ed anche il giallo d'uovo. *a. a.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Medici di bordo. — All'abb. n. 11772:

1) Per conseguire l'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo occorre sostenere appositi esami (vedere *Policlinico* sez. pratica, 1924, n. 32).

2) Occorre conoscere o l'inglese o il francese, o il tedesco, o lo spagnolo.

3) L'assunzione dipende unicamente dalle compagnie di navigazione, ma un ufficio di collocamento è a Genova presso l'Associaz. Nazionale dei medici di marina mercantile (via Palestro, 11), dalla quale si possono avere anche notizie sulle condizioni economiche fatte dalle compagnie.

C.

Al dott. C. A. da L.:

Non è probabile che in questo anno vi siano esami per medico di bordo. C.

Al dott. V. D. F. da R. S.:

Troverà esauriente risposta alla cartolina da lei inviata ne « La Stomatologia », aprile 1925, pag. 258. A. P.

VARIA.

La pubblicità sui giornali medici.

J. Schwalbe prende in esame il problema sulla *Deutsche Mediz. Wochens* (6 marzo 1925).

La principale ragione che egli adduce in favore della pubblicità sui giornali medici è che senza di essa questi si troverebbero nella impossibilità di vivere, poichè gli abbonamenti da soli non coprono le spese.

Pur troppo, nelle loro pagine di pubblicità compaiono non pochi avvisi ciarlataneschi, o redatti in forma non seria; ma il celebre giornalista medico tedesco reputa che non sia facile difendersene. D'altronde è notorio che non implicano la responsabilità della direzione e della redazione. Il prof. Schwalbe crede che in pratica basterà impedire le inserzioni di annunzi *manifestamente fraudolenti* o su *rimedi segreti*. R. B.

Il prezzo dei libri e dei periodici tedeschi di medicina.

La « Medical Library Association » degli Stati Uniti, adunatasi a Chicago il 9 e 10 giugno dello scorso anno, aveva approvato un o. d. g. che invitava i propri soci a interrompere gli acquisti di libri e periodici medici dalla Germania, a causa dei prezzi alti e dei sovraprezzi stabiliti per l'America.

La « Deutscher Verlegsverein » rispose con una lettera in cui faceva rilevare che i soprapprezzi per l'America erano stati aboliti e che i prezzi risultavano in media inferiori a quelli praticati per libri e periodici inglesi e americani; stimava quindi ingiusta la misura di boicottaggio adottata.

La « Medical Library Association » nominò una commissione speciale per prendere di nuovo in esame il problema. La commissione ha riconosciuto fondamentalmente vero il reclamo degli editori tedeschi, ma ha anche rilevato che alcuni di essi, non aderenti alla « Verein » (Lega) continuano a gravare di prezzi esorbitanti i libri e periodici di loro edizione; d'altra parte molti periodici tedeschi hanno una periodicità non determinata, con abbonamenti *a volumi;* e siccome se ne susseguono con frequenza i volumi, i prezzi nascondono delle sorprese e divengono proibitivi per molte biblioteche. La commissione sollecita gli editori tedeschi a tornare a una periodicità fissa e quindi a stabilire i prezzi d'abbonamento in anticipo. (*Journal A. M. A.*, 25 apr. 1925).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte.* — Capo del Laboratorio batteriologico di Suez. Vedi fasc. 24. Scad. 30 giu.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

ANTICOLI CORRADO (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 18 mag. Età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Esattore Consorziale. Condiz. capitolato sanit. approv. G. P. A. Per uff. san. L. 300; per arm. farm. L. 200; per disag. resid. L. 500. Pov. 1000. Serv. entro 20 gg. Ritrovo villeggiatura.

ARCEVIA (*Ancona*). — Scad. 30 giu. Chirurgo primario operatore. L. 12,000 senza altro compenso salvo indenn. a *forfait* di L. 2000 rimborso spese accesso per visite nel territorio. — Due cond. rurali, L. 9000 e indenn. cav. (L. 3000 se automob. o cavallo, L. 2000 se motocicl., L. 1000 se bicicl.). — Ai tre sanitari verrà corrisposta l'indenn. c.v. Tassa L. 50.

BASSANO BRESCIANO (*Brescia*). — Scad. ore 17 del 30 giu. Ab. 1389 di cui 125 iscritti. L. 10,000 e 6 quinquenni di L. 1000; addiz. L. 3 oltre 25 % iscritti; un c.-v. in L. 1200; docum. a 6 mesi, di sana costit. a 3 mesi. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10.

BEDIZZOLE (*Brescia*). — Scad. 25 giu. Reparto a sera. Stip. L. 9000 e 6 quinq. decimo; c.-v.; lire 3000 cav.

BELLANO (*Como*). *Ospedale.* — Cercasi chirurgo generico; L. 7000, e interessenze (75 % atti operativi; 60 % proventi radiologia; proventi laboratorio; L. 5 al giorno per ogni degente). Esercizio professionale libero. Tre anni di prova. Ospedale di circolo, per 25 Comuni, con 35 letti aumentabili. Rivolgersi all'Amministraz.

BIELLA (*Novara*). — Consor. sanit. Tollegno-Pavignano; L. 7000 oltre c.-v. L. 1200, e uff. san. L. 500. Rivolgersi segret. com. di Biella, sede Consor. Scad. 25 giu.

BIELLA (*Novara*). *Ospedale degli Infermi.* — Assistente alla Sez. chirurgica. Titoli ed eventualm. esami. Età massima anni 27; termine 30 giugno; assunzione servizio regolare 15 giorni dopo la notifica della nomina. Alloggio in Ospedale. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione del Pio Ente.

BUTI (*Pisa*). — A tutto il 30 giu., capoluogo; L. 6000 (*sic*) residenziale e quadrienni dec. fino a L. 9000; due c.-v.; L. 1 (*sic*) ogni pov. sopra i 1000; per trasp. L. 500; per supplenza, obbligatoria, L. 600. Pende ricorso del Comune contro aumenti imposti dalla G. P. A. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15 all'esattore tesor. comunale. Serv. entro 15 gg. L'Amministraz. si riserva il diritto di non procedere alla nom., qualora il numero dei concorr. fosse inferiore a tre.

CARCERI (*Padova*). — Al 30 giu.; ab. 2403; pianura; L. 9000 per 1000 iscr.; addizion. L. 5; cinque quadrienni dec.; c.-v.; trasp. L. 3000 se cav., L. 1600 se motoc., L. 800 se bic.; L. 500 uff. san. Diploma di autorizzaz. all'esercizio profess. Docum. a 6 mesi, penale a 3 mesi. Età lim. 40 a. Chiedere annunzio.

COLLESANO (*Palermo*). — Scad. 31 lug. Per Scillab. L. 8250, oltre L. 2000 cav.

CREVALCORE (*Bologna*). — Scad. 2 lug. Per Caselle e Sammartini. L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v.; L. 3000 cav. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

FOIANO (*Arezzo*). — Scad. 30 giu. Per Pozzo. L. 9000 e 4 quadr. decimo; 2 c.-v.; per cavalc. L. 3000

GROSSETO. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 30 giu., aiuto medico e aiuto chirurgo nel R. Spedale della Misericordia. Vedi fasc. 22.

MANCIANO (*Grosseto*). — 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 con dieci trienni ventesimo oltre L. 1500 assegno rivedibile; scad. 5 luglio. A domanda sarà inviato avviso integrale.

MORINO (*Aquila*). — A tutto il 30 giu., per Rendinara; L. 10,500. Cert. b. cond. a 4 mesi, penale a 3 mesi. Serv. entro 20 gg.

NONANTOLA (*Modena*). — Seconda condotta. Scadenza 30 giugno. Vedi fasc. 23.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Primario medico per malati di tub. polm. Vedi fasc. 24. Scad. ore 18 del 30 giugno.

PETRALIA SOPRANA (*Palermo*). — Scad. 30 giu.; 2ª cond.; ab. 9195; L. 8250 oltre L. 1500 mezzo trasp.; tassa com.

PIEVEBOVIGLIANA (*Macerata*). — Al 30 giu. Vedi fasc. 24.

PORTOCIVITANOVA (*Macerata*). — A tutto il 5 lug., due cond., di cui una prevalentem. chirurgica; pov. circa 450 complessivam. L. 7000 e 3 quadrienni dec., 2 c.-v., L. 1000 cav.; ricostruz. della carriera per serv. prestato in altri comuni. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Qualora i concorrenti fossero meno di tre per ogni conc., è in facoltà del Cons. Com. di dichiararlo nullo.

POMBIA (*Novara*). — Scad. 30 giu.; ab. 1710; km. 11 in collina; L. 8000 per 400 pov., L. 500 uff. san., L. 500 bicicl., L. 1500 ambul., L. 65 mens., c.-v. se celibe, L. 100 se coniug.

RAUZO (*Imperia*). — Scad. 30 giu. Con Aquila d'Aroscio. Ab. 2016; L. 8000, oltre L. 500 servizio ostetrico provvisorio.

ROMA. *Ministero degli Esteri.* — Concorso per titoli a capo del Servizio sanitario della Concessione italiana di Tien-Tsin (Cina). Indennità annua di taels 1400. Obbligatoria la laurea in medicina. Richiedesi la conoscenza della lingua inglese. Vedi *Gazz. Uff.* 19 apr., n. 83. Scad. 15 luglio.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Concorso a 6 posti di Allievo Ispettore in prova nell'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato. Vedi fasc. 24. Scad. 6 luglio.

SIENA. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico di Sezione Vice-Direttore del Manicomio di S. Nicolò; L. 14.000 e 5 quadrienni decimo; quartiere per famiglia; c.-v. in L. 200 mens. se con fam.; L. 130 agli altri. Docum. alla Segreteria (via Romana 41) non oltre 18 del 10 lug. Età lim. 40 a. — Medico di Sezione; L. 12.000; altre condiz. come sopra. L'Amministraz. si riserva di non conferire il posto qualora lo reputi opportuno per qualsiasi motivo.

S. VALENTINO TORIO (*Salerno*). — Scad. 30 giu. Stip. 6500 e 4 quadrienni decimo.

SCHEGGIA PASCELUPO (*Perugia*). — Scad. 30 giu. Consor. con Sassoferraio; L. 8600 e 5 sessenni; per trasp. (cavallo od autoveicolo) L. 1800 (*sic*). Tassa L. 50.

TARANTO. *Brefotrofio Provinciale.* — Direttore; età mass. 45 a. salvo per chi si trovi in servizio presso altre Amministr. Comunali, provinciali o statali; L. 12,000. Tassa conc. L. 50. Scad. 25 giu.

TAVENNA (*Campobasso*). — L. 6500; ab. 2090 riuniti; pov. 200. Scad. 30 giugno.

TOLVE (*Basilicata*). — Scad. un mese dal 10 giu.; età l. 30-50 a. fatte le solite eccez.; tassa L. 50.15 al tesoriere comun.; L. 9000 e sei quadrienni. Servizio entro 15 gg.

VILLALATINA (*Caserta*). — Vedi fasc. 24. Scad. 12 luglio.

Diffide e boicottaggi.

Il direttorio del Sindacato Provinc. di Reggio Emilia diffida il conc. alla 2ª cond. del com. di Scandiano per insufficienti condizioni di retribuzione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Pel posto di direttore del Manicomio provinciale di Napoli la Commissione esaminatrice, composta dei proff. Mingazzini e Tambroni e dell'avvocato Rossi, propose la terna: proff. La Pegna Eugenio, Bianchi Vincenzo e Sciuti Michele. Il Consiglio provinciale, con 44 voti su 44 votanti, ha fatto cadere la scelta sul prof. Sciuti.

Nei mesi di marzo ed aprile u. scorso si è svolto il concorso per la nomina di 18 aiuti medici presso gli Ospedali Riuniti di Roma.

La commissione esaminatrice era composta dei proff. Dionisi, Pontano, Arcangeli, Sforza e Panegrossi.

Sono riusciti in ordine di merito i seguenti dottori: 1. Lucherini Tommaso; 2. Branchini Adolfo; 3. Doria Raimondo; 4. Paterni Ludovico; 5. Iacarelli Enrico; 6. Speranza Umberto; 7. Scelba Maria; 8. Filippella Pietro; 9. Piattelli Aldo; 10. De-Pompei Ermanno; 11. Bucci Celeste; 12. Cardarelli Aldo; 13. Faberi Mario; 14. Frattali Filippo; 15. Tagliaferri Mario; 16. Urbani Lucio; 17. Cantalamessa; 18. Gelosi Guglielmo.

Nel fasc. 23, pag. 826, Nomine, linee 10, 11 e 19, leggere Sotti invece di Soi.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Centenario di Charcot e XXV anniversario della Società di Neurologia di Parigi.

La commemorazione del primo centenario della nascita di Jean-Martin Charcot e del XXV anniversario della fondazione della società di neurologia di Parigi si è svolta dal 25 al 28 maggio u. s. con la massima solennità e in modo veramente degno, col concorso delle autorità e di una schiera numerosissima di neurologi accorsi da quasi tutte le nazioni civili del mondo.

Gli italiani erano numerosi; oltre i delegati ufficiali del Governo, Mingazzini, C. Negro, Donaggio, Ayala, Melotti, erano presenti: Neri, Zalla, De Lisi, V. Negro, Perrier, Boschi, Catola, Magauda, Amione, e altri.

La presenza dei più illustri neurologi francesi e stranieri, Babinski, P. Marie, Pitres, H. Claude, De Massary, M.me Déjerine, Souques, Guillain, Roussy, Lhermitte, Foix, Thomas, Meige, Berré, K. Wilson, Gordon Holmes, Wimmer, Winkler, Mingazzini, Negro, Donaggio, Christiansen, Minor, Petren, Marinesco, Krabbe, Allen Starr, Puusepp, Minkowsky, Haskovec e molti altri, ha dimostrato una volta di più quale influenza e quale fascino abbia esercitato ed eserciti tuttavia l'opera imperitura del grande scomparso, salutato giustamente, di unito col suo quasi contemporaneo, Duchenne di Boulogne, il fondatore della moderna neuropatologia. È stato veramente commovente constatare con quale devozione gli allievi, alcuno dei quali, come P. Marie e Babinski, all'apogeo della rinomanza, hanno evocato la figura del maestro.

La organizzazione delle feste commemorative è stata compiuta con grande amore e instancabile attività sotto la presidenza onoraria di Pierre Marie, di Pitres e di P. Richet e sotto la presidenza effettiva di M. Babinski, dal segretario generale del comitato prof. Souques. Alla preparazione dell'anniversario della Società di Neurologia hanno presieduto il presidente prof. G. Guillain e i membri della direzione Crouzon, A. Léri, Barré e P. Behague.

Il programma si è iniziato la mattina del 25 maggio alla Sapêtrière con la seduta internazionale annuale della Società di Neurologia di Parigi, coll'intervento di numerosi Soci stranieri, di invitati

e di rappresentanti ufficiali dei governi, delle Accademie, delle Università e dei Sodalizi Scientifici di quasi tutte le nazioni del mondo.

Il tema generale scelto per questa seduta riguardava la *Sclerosi laterale amiotrofica*, la forma morbosa che porta il nome del sommo clinico che si voleva onorare.

I relatori di questo tema sono stati per la parte clinica, un italiano, il prof. Vincenzo Neri di Bologna, che svolse in maniera esauriente e lucidissima l'argomento per quanto riguardava la sintomatologia, la evoluzione, la diagnosi differenziale e l'etiologia della malattia, e per la parte anatomopatologica i dottori Bertrand (Parigi) e Van Bogaert (Anversa), che, utilizzando il reperto di circa 20 casi di forme tipiche e atipiche della malattia, illustrarono le varie lesioni anatomiche mediante la proiezione di numerosissime e nitidissime microfotografie. Sul contenuto di questa relazione, su quella del prof. Neri e sulla discussione che seguì nella seduta del pomeriggio ci occuperemo ulteriormente.

L'indomani, 26 maggio, alle ore 9, nella Sede della Società di Neurologia di Parigi, ebbe luogo la celebrazione del XXV anniversario della sua fondazione, con un'allocuzione dell'attuale presidente prof. G. Guillain, il quale riassunse l'opera svolta dai fondatori, fra i quali primissimo Charcot, e dai suoi successori durante i 25 anni di vita della Società. Seguirono le comunicazioni su varî argomenti di neurologia dei Soci stranieri fra i quali alcuni italiani (Negro, Catola, Boschi).

Nel pomeriggio ebbe luogo la seduta solenne dell'Accademia di Medicina sotto la presidenza del prof. Barrier. Dopo un'allocuzione di questo ultimo, il prof. Pierre Marie, con commossa ed elevata parola, fece rivivere innanzi agli uditori la grande figura del maestro, rievocandone tutta l'opera svolta e culminata colla creazione della cattedra della clinica delle malattie nervose.

Non è possibile qui seguire la rievocazione dell'opera di Charcot fatta dal prof. Pierre Marie. Ascoltandola si aveva l'impressione della giustezza di quanto scrisse alcuni anni fa Déjerine sull'opera del maestro: « È la sorte comune », egli scriveva, « dei lavori dei neurologi odierni, per quanto sieno brillanti, di essere offuscati dall'opera smagliante dello Charcot. Gli uomini di genio diffondono attorno ad essi una tal viva luce che la morte fa ombra su tutta un'epoca ».

Senza ricordare l'opera dello Charcot come anatomo-patologo, che da sola basterebbe ad immortalarlo, basta enumerare le sue scoperte nel campo della neurologia per vedere quanto questa scienza a lui deve. Egli difatti da la dimostrazione della funzione trofica delle cellule delle corna anteriori del midollo spinale, mostra la lesione di queste cellule nella paralisi infantile, studia con Bouchard la degenerazione secondaria del midollo spinale e loro sistematizzazione, dà una descrizione oramai classica della artropatia tabetica, isola la sclerosi a placche differenziandola dalla malattia di Parkinson, descrive la tabe dorsale spasmodica, attira l'attenzione sul fatto che la paralisi pseudo-ipertrofica di Duchenne dev'essere differenziata dalla atrofia muscolare mielopatica, prevede la lesione dei nuclei grigi del bulbo nella paralisi labio-glosso-laringea, descrive la paralisi labio-glosso-laringea d'origine cerebrale, specifica per il primo le lesioni da compressione lenta del midollo spinale, identifica anatomicamente e clinicamente la pachimeningite cervicale ipertrofica e isola per li primo e descrive in modo magistrale e preciso il quadro clinicó della sclerosi laterale amiotrofica.

Preceduto da Bouillaud e da Broca da una parte e da Cruveilhier e da Türck dall'altra, Charcot sostenne colla sua grande autorità la dottrina delle localizzazioni cerebrali in un'epoca in cui dominava la dottrina dell'omogeneità funzionale del cervello promossa da Flourens e sostenuta più tardi strenuamente da Brown-Séquard. Negli ultimi dieci anni della sua vita Charcot si dedicò allo studio della sifilide del cervello, dell'afasia, dell'atrofia muscolare progressiva, della siringomielia, della malattia di Basedow, dei tremori, della neurastenia di Béard, della quale diede un quadro preciso. Quantunque le sue ben note idee sull'isteria siano state scosse dagli stessi suoi allievi, tuttavia a Charcot resta il merito d'aver fatto comprendere ai medici che oltre alle lesioni organiche materiali del sistema nervoso, i problemi di ordine psicologico posti da certi disturbi psichici, offrono un campo considerevole per la loro attività. Gli spetta pure il merito di aver distinte le paralisi isteriche che erano allora confuse colla paralisi organica, e di aver descritto in modo definitivo la istero-nevrastenia traumatica allora appena intravveduta e l'isterismo maschile.

Se si considera lo stato della neurologia nel 1860 e nel 1893, epoca della morte di Charcot, si comprende quanto grande sia stata l'opera da lui compiuta in questo campo della medicina. Quest'uomo la cui rinomanza fu mondiale e che fu chiamato il maestro dei maestri e che attirò intorno a sè quanto di meglio la scienza medica allora disponeva, quest'uomo il cui spirito spesso ascendeva le più alte cime delle concezioni generali della fisiologia, della patologia, della filosofia e dell'arte, anche oggi esercita un'influenza incalcolabile, cosicchè è perfettamente giustificato che la Francia e il mondo civile gli rendano omaggio di riconoscenza.

La seduta solenne della Accademia di Medicina si chiuse con un'allocuzione del segretario generale prof. Achard, preceduta da brevi discorsi pronunziati dai proff. Marinesco e V. Christiansen.

Nella serata del 26 ebbe luogo la commemorazione solenne nell'Aula Magna della Sorbonne, alla presenza del Presidente della Repubblica Francese e sotto l'alta presidenza del Ministro della P. I. e delle Belle Arti. Erano presenti più di 2000 invitati; oratore ufficiale era il prof. Ba-

binski, che tracciò in una lucida e dottissima sintesi l'opera scientifica del Maestro. Seguirono le allocuzioni dei rappresentanti dell'Accademia delle Scienze, dell'Accademia di Medicina, del decano della Facoltà di Medicina, dei rappresentanti dell'Istituto Pasteur, della Società di Neurologia, della Società Medica degli Ospedali, della Società di Biologia, di Anatomia, ecc. Infine vennero consegnati e letti gli indirizzi dei delegati dei governi stranieri rappresentati dal più anziano professor Marinesco e dei delegati delle Università e Società scientifiche straniere rappresentate dal prof. Wnikler. Dopo un concerto orchestrale e il discorso del Ministro della P. I. De Monzie, ebbe termine la grandiosa manifestazione.

Mercoledì, 27 maggio, alle ore 9 i partecipanti alle onoranze furono condotti a visitare la clinica Charcot e la Salpêtrière. In questa visita un osservatore superficiale avrebbe potuto meravigliarsi di non trovare delle istallazioni lussuose, dei vasti laboratorî quali si trovano negli istituti scientifici più moderni. Ma, considerando che si tratta di un vecchio ospizio di una vecchia città, dove Charcot instaurò l'insegnamento della neurologia e dove i suoi successori Brissaud, Raymond, Déjerine, Pierre-Marie, e Guillain e numerosi altri suoi allievi, hanno continuato e continuano instancabilmente la tradizione gloriosa della scuola, tutti si devono inchinare con rispetto davanti all'evocazione di questo quadro storico e alle grandi figure che hanno gettato una luce imperatura sulla scienza francese e mondiale. Questo istituto di apparenze antiquate insegna appunto che non sono gli edifici sontuosi nè i laboratori riccamente dotati che ci avvicinano maggiormente alla verità scientifica. È l'attività dello spirito vivente e della genialità del clinico che rinnovella incessantemente la materia sempre palpitante e dolorante offerta dal materiale umano. D'altronde, malgrado le deficienze esteriori, la Salpêtrière rimane il centro neurologico di un'importanza eccezionale. Basta considerare che quella clinica neurologica dispone di 5 servizi, nei quali sono ospitalizzati circa 1400 vecchi e malati organici cronici, vero museo vivente delle forme più rare delle affezioni del sistema nervoso. Una divisione speciale di 138 letti è destinata agli epilettici. In 5 sale, sono ricevuti, come esterni, altri 200 malati affetti da forme acute del sistema nervoso; 20 letti sono destinati ai bambini. L'ambulatorio è stato frequentato nel 1924 da circa 9000 malati dei quali 3400 nuovi. Queste cifre dànno la misura della ricchezza del materiale clinico e anatomo-patologico disponibile per l'insegnamento e per l'esperienza dei medici che prestano servizio alla Salpêtrière.

Alla clinica sono annessi, diretti da specialisti: un servizio speciale di oftalmologia, uno di otorinolaringologia, un laboratorio di anatomia patologica, uno di sierologia e batteriologia, un laboratorio di fisiologia, uno di fotografia, un laboratorio di elettrologia e radiologia, uno di chinesiterapia, e un servizio di ricupero e di protesi. La collaborazione più intima è assicurata fra la clinica neurologica e il servizio di chirurgia diretto dal prof. Gosset, l'aiuto del quale dottor Petit Dutaillis è incaricato della neuro-chirurgia assistito sempre da un neurologo della clinica. Una biblioteca di medicina, riguardante specialmente la neurologia, completa questo centro scientifico di mondiale rinomanza, dove la più squisita ospitalità è prodigata a francesi e a stranieri.

Dopo la visita seguì la riunione annuale della Soc. Neurol. di Parigi, nella quale fu trattato il tema generale dell'emicrania; relatore Christiansen di Copenaghen e Pasteur Vallery-Radot di Parigi. Di queste importanti relazioni e della discussione che ne seguì nel pomeriggio ci occuperemo in seguito.

La serata si chiuse con un banchetto al Palais d'Orsey offerto dal Comitato del centenario e della Società neurologica di Parigi. Allo champagne i rappresentanti dei vari governi tennero a manifestare tutti i loro sentimenti di ammirazione per il grande Clinico francese. Per l'Italia prese la parola il prof. Negro di Torino, inneggiando allo spirito e al genio latino che si manifesta e si impone anche nel campo della scienza medica.

Come chiusura dei festeggiamenti si ebbe un ricevimento all'Hôtel de Ville il giorno 28 maggio, offerto dal Consiglio generale della Senna ai neurologi assistenti al centenario di Charcot e ai membri del Congresso degli alienisti e dai neurologi francesi che si apriva appunto in quel giorno. Dopo una dotta allocuzione del rappresentante ufficiale del Consiglio della Senna seguì un concerto vocale e istrumentale ed in fine un ricchissimo buffet nelle splendide sale del palazzo municipale.

A tutte queste onoranze e commemorazioni sono stati presenti **il figlio dell'illustre clinico**, Jean Charcot, notissimo esploratore polare, M.me Waldeck-Rousseau ed i nipoti.

La cordialità più squisita è regnata in queste riunioni e lo spirito del grande scomparso aleggiava sopra tutti ed ammoniva che la scienza non ha confini, non conosce limiti di lingua e restrizioni politiche e che i genî appartengono all'umanità.

A tutti gli intervenuti è stato offerto in ricordo una riuscitissima fotografia di Charcot e una grande medaglia in bronzo, opera pregevolissima dello scultore F. Vernon, nonchè due monografie, magnificamente stampate, una su « La Salpêtriere » di Guillain e Mathieu ed una su « Charcot artisté » di H. Meige.

G. AYALA.

NOTIZIE DIVERSE.

Per il giubileo del Sovrano.

Nella fausta ricorrenza del 25° anno di Regno, sono state intitolate a Vittorio Emanuele III varie Istituzioni sanitarie e di beneficenza. Ricordiamo l'Istituto per lo studio del cancro, che sorgerà ad iniziativa dell'« Ars Medica » del Brasile e grazie all'operosa attività del sen. Mangiagalli, col concorso di varî Enti e di filantropi: la sottoscrizione ha già raggiunto circa dieci milioni di lire. La provincia di Torino ha deliberato di erigere un nuovo ricovero provinciale per infermi di mente, per una spesa di 5 milioni; esso sorgerà in prossimità di Grugliasco.

A San Paolo del Brasile è stata collocata la prima pietra di un padiglione dell'Ospedale Italiano Umberto I, ad iniziativa delle colonie italiane di San Paolo e del Mattogrosso sarà destinato a pedocomio. L'Opera Nazionale per la protezione degli invalidi di guerra intitolerà all'augusto nome del re il grandioso Sanatorio antitubercolare che l'Opera stessa costruisce in Calabria. E così via.

Per solennizzare il giubileo del Sovrano la delegazione della Croce Rossa Italiana per l'Argentina, con alto spirito di patriottismo, ha inviato da Buenos Ayres al senatore Ciraolo, presidente generale della Croce Rossa lire 30,000 da destinarsi a opere di beneficenza.

Per la tutela dell'infanzia e della maternità.

Il Senato del Regno ha approvato un disegno di legge per la tutela e assistenza dell'infanzia e della maternità, su relazione del sen. Marchiafava. Furono fatti rilievi dal sen. Loria, il quale raccomandò d'intensificare la costruzione di case popolari, quale misura contro la promiscuità dei sessi, nonchè di reprimere le sevizie inflitte da genitori snaturati; dal sen. Pestalozza, il quale prospettò varî *desiderata*: l'allattamento materno obbligatorio, le visite periodiche alle gestanti, la lotta contro l'aborto criminoso; dal sen. Rava per l'incremento del dopo-scuola, ecc. Il ministro dell'Interno on. Federzoni illustrò ancora la portata del progetto e annunziò che saranno adottate nuove e più efficaci misure contro i seviziatori dell'infanzia, per reprimere l'aborto procurato e contro la pornografia. Il sen. Marchiafava fece seguire brevi repliche e mise in rilievo come il disegno di legge abbia un alto significato sociale. I senatori Lusignoli, Mayer, Credaro fecero brevi osservazioni sui singoli articoli.

VII Congresso italiano di radiologia medica.

È convocato a Napoli per l'ottobre 1926.

Temi delle relazioni:

1) « Apparecchi ad altissimo potenziale e radiazioni »; Prof. E. Adinolfi, incaricato di Fisica Medica presso la Facoltà Medico-Chirurgica della R. Università di Napoli.

2) « Mezzi di contrasto nella röntgendiagnosi delle lesioni polmonari »; Prof. A. Rossi, lib. doc. di Radiologia ed Elettroterapia nella R. Università di Parma;

3) « Direttive radiologiche (röntgen e radium) nella cura del cancro »; (röntgen), Prof. G. Epifanio, incaricato per la Radiologia ed Elettroterapia nella R. Università di Palermo; (radium), Dott. M. Lupo, aiuto presso l'Istituto Radiologico R. Università di Torino.

Dirigere le corrispondenze al Presidente del Congresso prof. F. P. Sgobbo - Istituto di Radiologia Medica ed Elettroterapia della R. Università. - S. Andrea delle Dame N. 2 - Napoli.

Pel Congresso internazionale sulla malaria.

Il Governo argentino ha nominato i propri rappresentanti al Congresso internazionale sulla malaria indetto a Roma; essi sono: S. E. Fernando Pérez, ambasciatore in Italia; il dott. Gregorio Aráoz Alfaro, presidente del Dipartimento Nazionale di Igiene; il dott. Alfredo Sordelli, direttore dell'Istituto Batteriologico Argentino; il dott. Cayetano Sobrecasas. Il Congresso, che doveva tenersi in aprile, avrà luogo ai primi di ottobre.

Presidente del Comitato è il prof. senatore Marchiafava; il prof. Giuseppe Bastianelli, primario al Policlinico Umberto I, ne è il segretario generale.

È assicurata l'adesione e l'intervento dei malariologi di tutto il mondo civile.

Regolamento d'igiene del Comune di Roma.

È stato deliberato il nuovo Regolamento d'Igiene del Comune di Roma. Quello finora in vigore risaliva al 1912.

Il nuovo Regolamento non solo si uniforma alle variazioni delle disposizioni governative in materia d'igiene, ma si coordina ad altri regolamenti del Comune, contemporaneamente modificati, cioè quello di Polizia urbana e quello edilizio, e reca modificazioni ad aggiunte non solo formali ma sostanziali che l'esperienza è venuta consigliando.

Ci riserviamo di prospettarne le parti più notevoli.

Società Pugliese di Ostetricia e Ginecologia.

Il 1° giugno si è riunita presso la Clinica Ostetrica della R. Università di Bari, la Società Pugliese di Ostetricia e Ginecologia.

Fu ampiamente ed esaurientemente discusso lo statuto sociale e dopo l'approvazione di questo, si procedè alla nomina delle cariche sociali.

All'unanimità e per acclamazione, fu eletto presidente il prof. Paolo Gaifami, direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Bari; cassiere-segretario il prof. Adolfo Mirenghi; e consiglieri i proff.: D'Erchia, per la provincia di Bari; Colorni, per la provincia di Foggia; Di Pace, per Brindisi; Vergari, per la provincia di Lecce; Scalingi per la provincia di Taranto.

Costituito il Consiglio, si passò alle comunicazioni scientifiche seguenti: prof. D'Erchia: Un caso di tumore pararenale; dott. Vassallo: Un

caso di corioepitelioma tubarico; dott. Revoltella: Sulla psicoanalisi e psicoterapia ginecologica; dottor Del Bono: Un caso di sifilide della porzione terminale del tenue.

Il corso di Karlsbad.

Il Corso internazionale di perfezionamento nelle discipline mediche, che si tiene ogni anno a Karlsbad, con speciale riguardo alla Balneologia ed alla Balneoterapia, avrà luogo in questo anno, per la 7ª volta, nel periodo decorrente dal 13-19 settembre. A far parte degli insegnanti sono stati chiamati eminenti medici dalla Germania, dalla Finlandia, dalla Svezia e Norvegia, e dalla Romania. Per l'Italia è stato prescelto il prof. G. Mingazzini, dell'Università di Roma.

Quei medici stranieri che intendano intervenirvi, otterranno per mezzo dell'Ufficio di Cure Karlsbad il passaporto czeco-sloveno gratis per loro e per le loro persone di accompagno ed oltre ciò un ribasso del 33 % sulle ferrovie czeco-slovacche.

Dirigersi per informazioni al Dott. Edgard Ganz, Karlsbad, Segretario-economo del Corso di perfezionamento.

Il prof. Bosellini a Londra.

Il prof. P. L. Bosellini, dell'Università di Roma, è stato invitato dalla Società di Dermatologia inglese a tenere una lettura scientifica nell'occasione del Congresso di dermatologia di Londra. Il prof. Bosellini intrattenne l'uditorio sopra alcune forme rare di carcinomatosi della pelle: l'ampia discussione che ne seguì mise in luce l'importanza scientifica e pratica dell'argomento scelto.

In una serata fu offerto al prof. Bosellini dalla Società stessa un sontuoso pranzo all'Albergo Imperiale.

La Società Dermatologica Inglese coll'invito fatto al Bosellini compieva il suo programma di rendere omaggio alle tre Nazioni associate in guerra, invitando per tre anni appunto un dermatologo di ciascuna di dette Nazioni: erano stati già invitati per l'America il Fordyce, per la Francia il Darier ed ora lo è stato per l'Italia il Bosellini.

I concorsi all'Ispettorato Medico del Lavoro.

Riportiamo da *L'Avvenire Sanitario*:

La *Gazzetta Ufficiale* del 19 p. p. maggio ha pubblicato due Decreti, riguardanti il Ministero dell'Economia Nazionale. Col primo è autorizzata l'apertura di un Concorso per posti di Ispettore del Lavoro (ai sensi dell'ormai vetusto e non ancora applicato Decreto 30 dicembre 1923!). Col secondo si riducono da due mesi a 20 giorni i termini degli esami.

Tutto ciò preludia, o dovrebbe preludiare — dopo anni di ritardo — alla assunzione di personale medico nell'Ispettorato del Lavoro.

Appena avremo notizia del Bando di concorso ne daremo pubblicazione.

Ai medici laureati in Roma nel 1905.

Tutti i Colleghi, che conseguirono la laurea nella Regia Università di Roma nell'anno 1905 e desiderassero *intervenire ai festeggiamenti*, sono pregati di *prenotarsi con la massima sollecitudine*, inviando al sottoscritto il proprio indirizzo preciso (e quello di qualche Collega da lungo tempo lontano da Roma, sapendolo), per eventuali comunicazioni.

In quest'anno nell'Urbe, sede della commemorazione di grandiose solennità, sarà più agevole adunarsi e più lieto il convegno, anche come sintesi di quello, che non potè effettuarsi per il decimo anno di laurea.

Sarà egualmente gradita l'adesione di quanti, pur non laureatisi in Roma, fossero stati compagni di corso anche per breve tempo.

Dott. GIANLUCA LUCANGELI
Roma (33), Piazza Cola di Rienzo, 69.

Commemorazione del prof. Stefani.

All'Accademia di Scienze Mediche e Naturali di Ferrara il presidente prof. Emilio Padovani ha tenuto un discorso commemorativo del prof. Aristide Stefani, compianto Maestro di fisiologia degli studî di Ferrara e di Padova, del quale l'oratore ha illustrato con efficacia la vita accademica e scientifica.

In memoria del prof. Grassi.

Per onorare la memoria del prof. Battista Grassi, che tanto ha operato per la redenzione delle terre del Delta Tiberino, si radunarono, nella quiete del Cimitero di Porto gli alunni delle scuole comunali di Fiumicino e delle scuole dei contadini dell'Agro di Porto e Isola Sacra. Fra i presenti si notavano parenti degli alunni e contadini delle vicinanze, venuti a rendere omaggio al dott. Bini, incaricato della prosecuzione della lotta antimalarica, alla famiglia dell'estinto e ai rappresentanti della direzione didattica. Il dott. V. E. Ovazza, che fin dallo scorso anno ha continuato nelle scuole elementari le lezioni d'igiene e di profilassi antimalarica, iniziate con tanta abnegazione dal Maestro, finì il suo corso esaltando la figura e le opere del Grassi e annunziando i cospicui premi lasciati dal compianto professore agli alunni che alla fine del corso ne avessero tratto maggior profitto. La figlia del prof. Grassi — visibilmente commossa — ringraziò tutti gli intervenuti.

Il dott. SAMUEL TAYLOR DARLING, rimasto vittima di un infortunio automobilistico, al quale abbiano accennato nel fasc. 23, era nativo del New Jersey, negli Stati Uniti; contava 52 anni. Dopo essere stato medico del municipio di Balti-

mora, nel 1905 passò all'Ospedale di Ancon, Zona del Canale di Panama; nel 1906 assunse la direzione del Laboratorio della Isthmian Canal Commission e la tenne fino al 1913; nel 1913-14 fu patologo consulente della Spedizione africana diretta da W. G. Gorgas; dal 1915 al 1917 diresse la Commissione per lo studio dell'anemia anchilostomiasica inviata nella penisola malese ed a Giava, Sumatra e isole Figi dall' International Health Board della Fondazione Rockefeller; dal 1917 al 1920 fu professore d'igiene alla Facoltà Medica di San Paolo nel Brasile; poi passò a dirigere il Laboratorio di ricerche di malariologia, alla Scuola d'Igiene della Università Johns Hopkins; dal 1923 dirigeva la Stazione di Leesbrug per ricerche sulla malaria, nella Georgia (Stati Uniti), mantenuta in attività dall'International Health Board suddetto. Rappresentava gli Stati Uniti nella Commissione per la malaria della Società delle Nazioni.

Tra i suoi contributi scientifici ricordiamo la scoperta della tripanosomiasi equina al Panama; la scoperta del compito spettante al ratto nella diffusione della febbre ricorrente del Panama (dovuta alla *Spirochaeta novyi*, e trasmessa dall'*Ornithodorus thalaje*); la termografia delle febbri malariche estivo-autunnali; la ricerca dei tumori splenici minimali nel determinare il grado di malaricità di una regione.

L. V.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

ANNO XXXII Roma, 29 Giugno 1925 Fasc. 26

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. **Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa.** L'AMMINISTRAZIONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI TARANTO.

Parestesie gustatorio-olfattive (Gusto d'etere e d'aglio) nelle cure endovenose di Neosalvarsan

per il dott. GIUSEPPE DONATO,
primario dermosifilografo, incaricato.

Fra gli accidenti che possono verificarsi durante le cure endovenose con preparati della serie arsenicale trivalente (Neosalvarsan e suoi prodotti pari: Novarsenobenzolo, Neojacol, Neobiolo, Sulfarsenolo, ecc.) ve n'è uno, quello delle *parestesie olfattorio-gustative* (gusto od odore di etere od aglio) la cui interpretazione clinica e fisio-patologica è sinora dai vari AA. considerata diversamente. A parte che alcuni di essi (Aubry, Emery, Gougerot, Leredde) nei loro trattati non parlano affatto di tale accidente, taluni (Martelli, Clement Simon, D'Amato, Balzer), lo menzionano appena senza però esprimere alcun giudizio, altri ancora (Lacapère De Bella, Drouin) ne parlano più diffusamente, accennano alla sua patogenesi, ne descrivono la manifestazione, ma non vi danno soverchia o addirittura alcuna importanza; altri infine (Gastou, Stanziale, Milian, Ravaut, Pasini, Verrotti) lo giudicano un segnale d'allarme, un fenomeno d'intolleranza, il più delle volte foriero di accidenti gravi.

Data la frequenza del fenomeno e la disparità delle opinioni, ritengo che non sia inutile, come contributo alla risoluzione della questione, riferire il risultato del modo di comportarsi di questo accidente in 317 pazienti della mia clientela privata ed ospedaliera, con un totale di 2289 iniezioni endovenose di preparati arsenicali, di cui:

n. 715 di Novarsenobenzolo,
» 36 di Sulfarsenolo,
» 5 di Neoargirolo,
» 18 di Neojacol,
» 1515 di Neosalvarsan.

Prima di esporre lo studio dei vari aspetti e modalità delle parestesie in rapporto all'individuo, alle manifestazioni morbose ed ai vari preparati arsenicali, premetto che la tecnica della iniezione endovenosa che ho seguita in tutti i pazienti, è stata la seguente:

1) dissoluzione del preparato per qualsiasi dose in 10 cmc. di acqua bidistillata;

2) iniezione eseguita lentamente in circa 5 minuti primi e frazionatamente, iniettando mezzo cmc. per volta;

3) prima di iniettare la soluzione arsenicale attendere che ad essa si mescolasse il sangue refluo nella siringa, nella quantità di circa 2 cmc.

1) *Frequenza delle parestesie gustatorio-olfattive.* — Si può dire che l'accidente si manifesti normalmente quasi ad ogni iniezione endovenosa di qualsiasi preparato arsenicale, e se tale estrema frequenza non viene notata da tutti gli AA. si è perchè il più delle volte tali sensazioni sono lievissime e fuggevoli, in modo da non richiamare l'attenzione dell'ammalato.

Sul totale di 317 pazienti, tali parestesie sono state avvertite da 261 di essi e solo 56 non hanno mai percepito alcun odore o gusto speciale: l'82 % dei miei ammalati quindi ha accusato tale accidente, che si è ripetuto negli stessi pazienti ad ogni iniezione e quasi sempre con gli stessi caratteri, qualsiasi la dose iniettata e qualsiasi fosse stato l'intervallo fra le singole iniezioni o fra le serie arsenicali. Tali parestesie nella maggior parte dei casi si sono manifestate sin dalla prima iniezione endovenosa ed i soggetti che all'inizio della cura non le avvertirono, ne andarono esenti per tutta la durata della serie arsenicale; non così invece per le serie arsenicali successive, perchè alcuni rari soggetti che nella prima serie non avevano percepito tali sensazioni, le accusarono invece nelle serie successive sin dalle prime iniezioni.

2) *Varietà, localizzazione ed intensità delle parestesie.* — Il genere del gusto e dell'odore mi è risultato dipendere dalla varietà del preparato arsenicale impiegato. Così, col Neosalvarsan, gli infermi hanno sempre accusato gusto ed odore di etere; col Novarsenobenzolo e col Neojacol, gusto ed odore di aglio, e col Sulfarsenolo di zolfo.

Nelle ultime serie di Neosalvarsan da me impiegate e propriamente con le serie: 0.15 FJUX; 0.30 FBDV; 0.45 FJMJ, alcuni pazienti hanno accusato dopo il gusto o l'odore di aglio, una sensazione speciale astringente simile a quella data da frutta ricca in tannino (sorbe, mele cotogne). Non ho mai *constatato* il sapore salato riferito da qualche autore (Verrotti).

Invece la localizzazione della parestesia varia con i diversi soggetti: così, in molti veniva impressionato solo l'olfatto, in altri solo il gusto ed in altri invece la sensazione era duplice.

Quanto alla intensità di tali sensazioni, ho riscontrato che nella maggior parte dei casi sono di una intensità media; in altri casi sono così violente che provocano un vero disgusto sino alla nausea. Talora infine sono tenui, appena percepite.

Generalmente la sensazione comincia lieve, poi ha un crescendo di intensità sino ad un maximum, per decrescere rapidamente sino alla completa scomparsa.

Alcuni preparati arsenicali, ad es. il Novarsenobenzolo ed il Neojacol, danno abitualmente le sensazioni più intense, come pure alcune serie sono più osmazogene di altre, il che starebbe anche a dimostrare che tali parestesie sono in rapporto più con i caratteri chimici del preparato arsenicale, che con lo stato umorale od organico dell'individuo.

Considerando l'intensità di dette sensazioni in relazione alla successione delle iniezioni endovenose, ho notato che generalmente essa è la stessa per tutta la durata della cura.

3) *Modalità di comparsa e durata in rapporto alla iniezione.* — Nella maggior parte dei casi le sensazioni si sono manifestate nel primo tempo della iniezione, talora quando appena era stato iniettato 1 cmc. o meno; in altri casi tale accidente compariva verso la metà dell'iniezione, ed in casi rarissimi solo verso la fine oppure dopo.

In quanto alla durata di tali sensazioni olfattorio-gustative, ho riscontrato che esse comunemente durano qualche secondo e che la loro durata non dipende da determinate serie. Infatti, fiale di una stessa serie possono dare in alcuni solo parestesie fugaci al principio dell'iniezione, mentre in altri sensazioni prolungate per tutta la durata dell'iniezione, il che sta a dimostrare che la durata delle sensazioni non dipende dal prodotto arsenicale impiegato, ma esclusivamente dal paziente (stato umorale od organico).

Appena comparso l'accidente, arrestavo l'iniezione e attendevo che la parestesia cessasse per riprenderla; generalmente, manifestatasi la parestesia una prima volta, il più spesso al principio o verso la prima metà dell'iniezione, essa non veniva più percepita in prosieguo, di guisa che, dopo svanito il gusto o l'odore accusato, si poteva continuare ad iniettare il resto della soluzione arsenicale senza che il soggetto avvertisse più alcuna sensazione. Ciò, secondo me, costituisce l'accidente normale che non deve impressionare nè il malato nè il medico, perchè è un fenomeno fisiologico dato dalla impregnazione delle terminazioni olfattorie e gustative, al cui contatto giunge un liquido che sprigiona un odore o gusto speciale: quando l'accidente si manifesta con tali modalità, non è a temere alcun altro accidente importante nè durante l'iniezione, nè dopo.

In altri casi, la sensazione si accompagnava a tutta la durata dell'iniezione, ed in casi più rari durava ancora per qualche minuto dopo fini-

ta l'iniezione. Quando le parestesie si presentavano con questi caratteri, nella maggior parte dei casi ho rilevato degli accidenti immediati o tardivi, manifestatisi durante l'iniezione che praticavo o nelle iniezioni successive, in modo da farle ritenere di già un segno di intolleranza arsenicale da parte del paziente.

Per brevità chiamerò le parestesie che si manifestano solo al principio delle iniezioni, parestesie iniziali, mentre quelle che ne accompagnano tutta la durata parestesie prolungate.

Dalla mia osservazione risulta quanto segue: Sui 261 soggetti che hanno percepito le parestesie gustatorio-olfattive, ho riscontrato 194 volte parestesie iniziali e 67 volte parestesie prolungate.

Nei 194 pazienti a parestesie iniziali, non ho mai avuto a deplorare alcun altro accidente degno di nota, mentre per quanto concerne gli altri 67 infermi a parestesie prolungate, ho avuto degli accidenti immediati o tardivi in 56 di essi, quindi nell'83 % dei casi, cifra che ritengo sarebbe salita al 100 % se non edotto dall'esperienza e dalle considerazioni precedenti, avessi continuato nella cura senza alcuna precauzione.

4) *Rapporto al sesso, età e costituzione.* — Il rapporto delle parestesie con il sesso e con l'età dei pazienti si rileva dai due seguenti specchietti:

anemici, obesi, a polso debole facilmente depressibile: maggiormente però nei primi.

Insomma *negli individui ipotesi* e maggiormente negli *ipertesi si ha più facilmente il tipo della parestesia prolungata*, accidente che deve mettere in guardia il pratico nella continuazione della iniezione e della cura. Tale sensibilità ai preparati arsenicali in questi soggetti, evidentemente è dovuta alle turbe vasomotorie che dominano queste costituzioni speciali e che sono conseguenza di lesioni del sistema simpatico o del sistema endocrino (tiroide, capsule surrenali in ispecie) perchè tali individui sono degli insufficienti tiroidei o surrenali, turbe che vengono accentuate dal 914 che, come si sa, è un veleno del simpatico e vaso-dilatatore per eccellenza.

5) *Rapporto con le lesioni sifilitiche.* — Per quanto riguarda le lesioni sifilitiche che il paziente presenta all'atto della cura arsenicale, ho trovato che danno minor numero di parestesie i soggetti affetti da sclerosi iniziale e meno ancora quelli con lesioni terziarie cutanee, mucose od ossee.

Richiamo l'attenzione sui 2 casi di infermi con lesioni nasali (osteo-periostite con necrosi) nei quali ho constatato parestesie di una intensità straordinaria e prolungata per tutta la durata dell'iniezione ed anche qualche minuto dopo, in gui-

Sesso dei pazienti	Numero dei pazienti curati	Pazienti con parestesie		Totale dei pazienti con parestesie	Totale dei pazienti senza parestesie
		iniziali	prolungate		
Uomini	258	152	57	209	49
Donne	59	42	10	52	7

Età dei pazienti	Numero dei pazienti curati	Pazienti con parestesie		Totale dei pazienti con parestesie	Totale dei pazienti senza parestesie
		Parestesie iniziali	Parestesie prolung.		
Dai 10 ai 20 anni	20	6	8	14	6
» 20 » 40 »	263	175	45	220	43
» 40 » 60 »	34	13	14	27	7

Dai due specchietti risulta, come si vede:

in rapporto al sesso si sono osservate delle parestesie nell'81 % degli uomini e nell'88 % delle donne.

E per quanto riguarda l'età dei pazienti: dai 10 ai 20 anni nel 70 %; dai 20 ai 40 anni nell'83 %; dai 40 ai 70 anni nel 79 %.

Per quanto riguarda la *costituzione*, ho notato che le parestesie si manifestano più intensamente e *prolungate negli individui pletorici*, con polso pieno, forte ed in quelli a tipo linfatico,

sa da farmi per prudenza sospendere la cura con gli arsenobenzoli per continuarla col bismuto o mercurio. Tale osservazione è in rapporto con quanto ritiene Milian, il quale ammonisce che gli individui con lesioni ossee nasali bisogna ritenerli a priori come degli intolleranti e sorvegliarli attentamente durante la cura arsenicale, che va condotta con molta prudenza; ciò, forse, per fatti di meningo-tropismo dovuti alla vicinanza delle meningi col focolaio delle lesioni.

6) *Rapporto con malattie o lesioni preesistenti*

e con lo stato speciale attuale del paziente. — Oltre gli *ipertesi* ed *ipotesi*, bisogna presumere come intolleranti all'arsenico e quindi attendersi delle parestesie intense, prolungate del gusto e dell'odorato, anche dopo l'iniezione:

1) gli affetti da *morbo di Basedow* anche frusto, nei quali è leso il sistema endocrino;

2) gli *obesi*, in cui sono comuni le turbe vascolari;

3) tutti gli individui con lesioni organiche nelle quali comunemente gli arsenobenzoli sono precedente all'infezione. Questo soggetto ha avuto sin dalla prima iniezione intense parestesie gustatorio-olfattive e vampe di calore al volto.

Per ciò che riguarda lo *stato speciale* in cui può trovarsi il paziente al momento della iniezione, ho notato l'influenza manifesta che hanno sulla intensità e la durata delle parestesie le *turbe gastro-intestinali* e lo stato di *affaticamento muscolare*. L'azione avversa delle turbe gastro-instinali ritengo che dipenda dai prodotti gassosi o liquidi intestinali formatisi secondariamente,

Lesioni sifilitiche del paziente	Numero dei casi curati	Parestesie		Totale dei pazienti con parestesie	Totale dei pazienti senza parestesie	Percentuale delle parestesie
		Iniziali	Prolungate			
Sclerosi iniziale	59	39	5	44	15	74 %
Manifest. second. cutanee	63	42	12	54	9	85 %
Manif. terz. eccetto nervose e vascol.	29	12	5	17	12	58 %
Lesioni cardiovascolari (1)	3	—	3	3	—	100 %
Lesioni terziarie nasali	2	—	2	2	—	100 %
Lesioni nervose precoci (2)	5	2	2	4	1	80 %
Lesioni nervose tardive (3)	19	5	12	17	2	89 %
Latenza clinica o clinica e sierolog. .	137	94	26	120	17	87 %

(1) 1 caso di aneurisma aortico e 2 di insufficienza aortica.
(2) 1 caso di meningite acuta, 2 di emiplegia, 2 di irite.
(3) 4 casi di P. G., 7 di tabe dorsale, 4 di paraplegia spastica, 2 di postumi di emiplegia e 2 di meningoencefalite.

controindicati, come *lesioni cardiovascolari* in periodo di scompenso, lesioni *epato-renali* con grave compromissione della funzionalità dell'organo, ecc.

Infatti: di 4 pazienti affetti da Basedow frusto, limitato in uno solo alla esoftalmia, tutti hanno avuto parestesie prolungate e subito dopo la prima iniezione, cominciata a dose non superiore a 0.10 di Neosalvarsan, hanno avuto febbre, cefalea, nausee, fenomeni che si sono ripetuti nelle iniezioni successive con la stessa intensità nonostante che si ripetesse sempre la stessa dose, ciò che ha indotto a non insistere negli arsenobenzoli.

Dei 5 soggetti obesi che ho avuti in cura, tutti hanno accusato parestesie intense e prolungate.

Per quanto riguarda i cardio-vascolari, i 3 pazienti luetici, di cui 2 con insufficienza aortica ed 1 con ectasia aortica, hanno presentato parestesie violenti che duravano oltre l'iniezione, nonostante la somministrazione preventiva dell'adrenalina.

Di renali, è capitato alla mia osservazione solo 1 soggetto affetto da sifilosclerosi iniziale, con albuminuria e rari cilindri ialini, lesione renale il cui assorbimento può influire in due modi: o sul simpatico e quindi sulla vaso-dilatazione, oppure aumentando l'acidità degli umori dell'organismo, che, come è noto, varia secondo l'alimento, la fatica, ecc., in modo da venir turbato il metabolismo chimico che il rimedio subisce negli umori dell'organismo, con formazione di prodotti secondari dell'arsenico, eminentemente tossici, che danno i fenomeni d'intolleranza.

Per quanto riguarda l'affaticamento muscolare, è evidente che questo influisca sfavorevolmente per il consumo della riserva di adrenalina dell'organismo, di modo che in quel momento l'individuo si trova in condizioni di meiopragia surrenale, con scarsa dose di adrenalina negli umori, di questa sostanza che è l'antagonista del 914, essendo vaso-costrittrice.

Perciò, quando si presentano per subire l'iniezione endovenosa indivui con affezioni dell'apparato digerente, specie acute (enteriti, gastriti ed anche semplicemente imbarazzo gastrico con stato saburrale della lingua), o che si siano affaticati nelle ore precedenti (sport, marce a piedi, lunghi viaggi in ferrovia) rimando senz'altro l'iniezione, perchè tali soggetti potrebbero avere degli accidenti serii, nonostante che avessero sempre sop-

portato bene le iniezioni precedenti, essendo per le condizioni in cui si trovano, degli intolleranti momentanei.

7) *Rapporti col prodotto arsenicale impiegato.* — La maggior parte delle volte il paziente che ha delle parestesie iniziali o prolungate con un determinato prodotto, ad es. col Neosalvarsan, generalmente le avverte sempre con gli stessi caratteri anche cambiando rimedio (Neobiolo, Novarsenobenzolo, Neojacol, Sulfarsenolo, ecc.) variando solo la specie della sensazione percepita, che, come già si è detto, dipende dalla varietà dell'arsenobenzolo impiegato.

In 2 casi però ho riscontrato che *con la sostituzione del preparato arsenicale, alle parestesie prolungate* seguite da altri segni di intolleranza, *si sono sostituite quelle iniziali*, in modo da far sperare che il paziente non fosse intollerante al nuovo prodotto, come il prosieguo della cura ha dimostrato. In un caso si trattava di una basedowiana frusta (solo esoftalmo pronunziato), di anni 37, con lue latente clinicamente e Wassermann positiva, nella quale 2 iniezioni endovenose di Novarsenobenzolo da 0.15 furono accompagnate entrambe da intense parestesie gustatorio olfattive prolungate e seguite da brividi, febbre elevata, cefalea intensa e vomito, accidenti durati per due giorni, dopo di che residuò per parecchi giorni malessere e nausea. Si continuò allora la cura col Sulfarsenolo per via ipodermica, somministrando le dosi di 0.06-0.12-0.18-0.24 ed una di 0.30 senza incidenti e senza che l'inferma percepisse alcuna parestesia. Altre 2 iniezioni successive di 0.30 però furono seguite da crisi nitritoidi addominali, caratterizzate da nausea, violenti dolori colici e diarrea. Per le vive insistenze dell'ammalata si cambiò ancora preparato arsenicale, adoperando per via endovenosa il Neosalvarsan, del quale una prima dose di 0.10 fu tollerata bene; una dose successiva di 0.20 fu seguita da nausea; un'altra di 0.20 fu sopportata bene, ma una seguente da 0.25 fu seguita da febbre, cefalea, conati di vomito e accentuazione dell'esoftalmo. Tutte e quattro le iniezioni furono per tutta la loro durata accompagnate da violenti parestesie gustatorio-olfattive.

Dopo 8 giorni si fece un ultimo tentativo col Neojacol dell'Istituto Sieroterapico Milanese, e con meraviglia tale preparato provocò solo parestesie iniziali e lievi e fu sopportato benissimo senza il menomo disturbo in modo da poter iniettare per via endovenosa le dosi di 0.10-0.20-0.30-0.40 e 3 dosi da 0.45. Tutte le iniezioni sia endovenose che ipodermiche furono sempre precedute e seguite da una iniezione endomuscolare di 1 mmgr. di adrenalina.

Nel 2° caso si trattava di un giovane di 20 anni affetto da placche mucose orali e da condilomi piani peri-anali nel quale tre iniezioni endovenose di 0.15 di Novarsenobenzolo furono seguiti da brividi, cefalea e febbre sino a 40°, mentre 7 iniezioni endovenose di Sulfarsenolo da 0.12 a 0.48 dettero parestesie solo iniziali e vennero sopportate benissimo.

Che la *patogenesi delle sensazioni* debba poi esser *messa a carico del preparato arsenicale* e non del paziente, cioè che l'odore o gusto che questi percepisce è insito al preparato stesso, è, direi, preformato; che in altri termini l'insorgere di tali parestesie non deve essere considerato come un accidente eccezionale provocato dallo stato umorale od organico del soggetto, ma invece come un accidente quasi sempre inevitabile perchè legato alla immissione del medicamento nel torrente circolatorio, oltre alla estrema frequenza di tali sensazioni ed a quanto precedentemente si è detto circa la loro maggiore o minore intensità a seconda del prodotto impiegato, e talora delle diverse serie di uno stesso prodotto, valgano le seguenti considerazioni:

1) accade frequentemente che mentre si prepara la soluzione o mentre si esegue l'iniezione, l'operatore istesso percepisce l'odore di aglio o di etere o di zolfo, a seconda del prodotto impiegato;

2) talora la polvere arsenicale emana un odore caratteristico che viene percepito appena rotta la fiala, anche prima che venisse disciolta nell'acqua bidistillata;

3) risciacquando la siringa usata per l'iniezione, subito dopo di questa, quasi sempre si avverte l'odore caratteristico.

Fo notare però che per il Neosalvarsan basta poca acqua per portar via qualsiasi odore, mentre per il Novarsenobenzolo ed il Sulfarsenolo l'odore di aglio o di zolfo resta così aderente al vetro istesso della siringa, che occorre una grande quantità di acqua corrente per portarlo via.

Quanto alla *diluizione* ed alla *dose* del medicamento impiegato, come ho già in precedenza accennato, esse hanno ben poca influenza sull'intensità con cui vengono percepite le sensazioni, nel senso che nello stesso paziente ad una diluizione più concentrata od a una dose più elevata, non corrispondono che raramente delle percezioni più marcate, ma queste sono quasi sempre avvertite con la stessa intensità e gli stessi caratteri con cui si erano manifestati durante le altre iniezioni a dosi più deboli o più diluite.

8) *Rapporto delle parestesie gustatorio-olfattive con gli altri accidenti da Arsenobenzoli.* — Ho già detto che quando le parestesie sono semplicemente iniziali, cioè si presentano solo all'inizio e non durano oltre la prima metà dell'iniezione, qualunque sia l'intensità con la quale vengono per-

cepite, non sono quasi mai da considerarsi a priori come un segnale d'allarme, come fenomeni d'intolleranza e forieri di altri fenomeni più gravi. Infatti su *194 pazienti* che hanno accusato solo *parestesie iniziali*, non ho mai riscontrato un accidente immediato all'infuori di *2 casi di crisi di sternuti* manifestatisi appena finita l'iniezione e durati circa 2 minuti e nessun accidente tardivo, non considerando come accidente da riportarsi a carico della intolleranza, qualche caso di febbre da reazione di Herxheimer seguito alle prime iniezioni, non molto elevata nè seguita da altri sintomi.

Invece, su *67 pazienti* che durante l'iniezione hanno avuto *parestesie prolungate*, ho riscontrato:

a) 3 casi di nausea, comparsa dopo qualche minuto finita l'iniezione e durata per qualche ora o per tutta la giornata;

b) 3 casi di nausea seguita da vomito;

c) 2 casi di cefalea intensa, ricorrente ad ogni iniezione;

d) 5 casi di senso di calore e di vampa al volto con lieve congestione della faccia e delle congiuntive sclerali;

e) 8 casi di febbre da reazione di Herxheimer elevata, toccante talora i 40° con cefalea intensa, seguita da senso di spossatezza perdurante per qualche giorno e accompagnata talora da vomito o da epistassi;

f) 13 casi di febbre recidivante ad ogni iniezione, con cefalea e temperatura oscillanti da 38° a 40°, ripetentisi con gli stessi caratteri, nonostante che non si elevasse la dose, in guisa da farla ritenere una febbre da intolleranza e impedire il proseguimento della cura arsenicale;

g) 5 casi di crisi nitritoide localizzata, di cui:

4 a forma addominale, caratterizzati da dolori addominali enteralgici che il paziente avvertiva subito dopo finita l'iniezione con senso di barra epigastrica e diarrea;

ed *1 a forma brachiale*, caratterizzato da congestione ed edema del braccio ad ogni iniezione, fenomeni che duravano solo qualche ora e che non erano da attribuirsi affatto ad errore di tecnica, perchè sopravvenienti il giorno dopo dell'iniezione senza essere preceduti nè accompagnati da quelle sensazioni di bruciore o dolore locale, caratteristiche della fuoriuscita della soluzione arsenicale nel tessuto perivenoso, e perchè erano accidenti fugaci che in qualche ora finivano.

h) 4 casi di crisi nitritoide leggera di cui una immediata alla iniezione e 3 manifestatesi fuori del mio gabinetto, per istrada;

i) 2 casi di crisi nitritoide grave, scatenatisi subito dopo l'iniezione;

l) 6 casi di eritemi, di cui 5 orticariformi ed 1 morbilliforme, lievemente pruriginosi, fugaci e della durata di qualche giorno;

m) 2 casi di eritrodermia;

n) 1 caso di urobilinuria;

o) 2 casi di ittero interterapeutico, cioè manifestatisi durante la cura.

Tali accidenti fortunatamente tutti ad esito favorevole, non sono però mai intervenuti alla prima iniezione (eccetto i casi di febbre da intolleranza, manifestatisi con violenza sin dalla prima dose) ma nelle successive, come se il paziente si fosse man mano andato sempre più sensibilizzando, come se si fosse andato formando uno stato anafilattico per l'arsenico.

Per tanto, si può dedurre che *solo le sensazioni di etere od aglio prolungate* debbono invitare alla prudenza e *sono da considerasi* di già come segnale d'allarme, *come fenomeni tossici*, per quanto lievi.

Ha quindi ragione il De Bella quando afferma che le parestesie gustatorio-olfattive non esprimono affatto un carattere di intolleranza, ma ha ragione anche Stanziale, Pasini, Ravaut, Milian e gli altri quando le considerano come piccoli segni di intolleranza; solo che bisogna mettere le asserzioni del De Bella a carico del primo tipo delle sensazioni, cioè di quelle percepite solo al principio dell'iniezione, mentre le affermazioni degli AA. bisogna metterle in rapporto al secondo tipo, cioè a quello delle parestesie prolungate. Nel primo caso si tratta infatti di un accidente banale, di un fenomeno normale che accade fisiologicamente, mentre nel secondo caso di un fatto di intolleranza patologico.

CLINICA E PROFILASSI DELLE PARESTESIE GUSTATORIO-OLFATTIVE.

Dalla mia osservazione posso dedurre i seguenti dati clinici:

1) quando il soggetto accusa la parestesia solo al principio dell'iniezione, questo accidente non deve destare alcuna preoccupazione nella continuazione della cura, essendo un fenomeno normale;

2) quando invece la sensazione si estende a tutta la durata dell'iniezione od oltre, siamo già in presenza di un fenomeno tossico. Bisogna stare in guardia ed essere molto oculati, perchè anche restando alle dosi piccole o medie, si può manifestare un accidente serio;

3) i soggetti in cui si hanno tali parestesie prolungate sono i pazienti comunemente intolleranti ai preparati arsenicali;

4) quando in un soggetto si sono sempre avute parestesie iniziali e poi ad un tratto compaiono

nelle successive iniezioni, o serie, delle parestesie prolungate, mettersi in allarme perchè il soggetto è diventato un intollerante e comincia a rilevare la sua intolleranza con questo primo segno.

Il più delle volte in tali casi si tratterà di meiopragia epatica o renale, oppure di già nelle orine si riscontrerà la presenza di albumina o di urobilina, principii che erano stati sempre assenti durante le iniezioni precedenti.

Il miglior procedimento in tali casi si è di sopprimere addirittura i preparati arsenicali, sostituendoli col bismuto o mercurio, non appena alle parestesie prolungate si accompagnano altri piccoli segni di intolleranza (nausee, vomiti, crisi nitritoidi localizzate, ecc.), o principi patologici nell'orina.

PROFILASSI. — Quanto alla profilassi della parestesia prolungata, essa non ha nulla di speciale e di importante perchè è subordinata e si confonde con la profilassi comune degli accidenti tossici da arsenico, nel senso che si deve senz'altro presumere possibile tale accidente in tutti i soggetti su cui è controindicato l'arsenico.

Vi sono dei casi però in cui il soggetto apparentemente si presenta normale, senza alcuna lesione organica, endocrina o circolatoria apprezzabile clinicamente, in modo da far prevedere una tolleranza perfetta agli arsenobenzoli, mentre poi si manifestano delle vere crisi gustatorio-olfattive intense e prolungate; in tali casi questo sintomo è preziosissimo, perchè svela una intolleranza latente e insospettata e mette sull'avviso.

Ho cercato di constatare quale influenza avesse sulla frequenza, intensità e durata delle parestesie la somministrazione preventiva di sostanze che vengono comunemente impiegate nella profilassi degli accidenti da arsenobenzoli quale l'adrenalina, gli alcalini, ed i sali di calcio.

L'*adrenalina* per os e per uso ipodermico *non ha alcuna azione sulla frequenza, nè sulla durata* di tali sensazioni, ma solo sulla intensità, nel senso che queste vengono attenuate in modo che i pazienti avvertono meno intensamente il gusto e l'odore speciali e non ne vengono soverchiamente disturbati.

Il bicarbonato di sodio somministrato alla dose di gr. 5 al giorno per via gastrica durante la cura, *non ha alcuna influenza* su nessuno dei caratteri delle parestesie.

Nessuna azione hanno del pari *i sali di calcio*, per la somministrazione dei quali usavo come solvente del prodotto arsenicale l'Afenil Knoll, che è una soluzione di cloruro di calcio-urea al 10 %.

Ritengo d'altronde che una profilassi attiva, diretta contro questo accidente sarebbe piuttosto dannosa, perchè sopprimerebbe un segnale d'allarme prezioso che preavvisa della intolleranza arsenicale, la quale può andare da una semplice cefalea o ipertermia passeggera ad una crisi nitritoide, o peggio ad un ittero o eritrodermia esfoliante.

RIASSUNTO.

Dalla mia osservazione espletata su 317 pazienti cui vennero complessivamente praticate n. 2289 iniezioni endovenose di 914 (Neosalvarsan e prodotti pari), circa il modo di comportarsi delle parestesie gustatorio-olfattive (gusto od odore di etere o aglio) che possono manifestarsi mentre si pratica una cura endovenosa di preparati arsenobenzolici, risulta:

1) *che il gusto d'etere od aglio è frequentissimo* ad essere percepito da tutti i pazienti e *dipende unicamente dal preparato arsenicale* e non da lesioni organiche od umorali del soggetto;

2) che tali parestesie clinicamente possono presentarsi sotto due forme:

a) *tipo iniziale*, cioè che le sensazioni vengono solo percepite a principio dell'iniezione;

b) *tipo prolungato*, se invece accompagnano tutta la durata dell'iniezione o sussistono dopo di essa;

3) che il *tipo iniziale* delle parestesie gustatorio-olfattive deve considerarsi come un *accidente normale* di nessuna importanza, non avendo mai visto sopravvenire altri accidenti immediati o tardivi importanti ogni volta che queste sensazioni venivano percepite solo al principio dell'iniezione endovenosa;

4) che invece il *tipo prolungato* è da considerarsi come *segno di intolleranza per* i preparati arsenicali, perchè quando il paziente avverte di fare una crisi nitritoide localizzata o generale, oppure avrà in prosieguo altri accidenti (febbre da intolleranza, ittero, eritrodermia, ecc.) che vieteranno di continuare la cura;

5) sono maggiormente *predisposti alle parestesie gustatorio-olfattive prolungate* e quindi alla intolleranza arsenicale:

a) gli individui con *turbe vascolari* (ipertesi, ipotesi, obesi);

b) quelli con *lesioni delle glandole endocrine* (surrenali, tiroide);

6) *nessuna delle sostanze* più comunemente impiegate nella profilassi degli accidenti da arsenobenzoli *influisce sulla parestesie* gustatorio-olfattive; solo l'adrenalina ne diminuisce l'intensità, non avendo però alcuna azione sulla loro frequenza o durata.

BIBLIOGRAFIA.

AUDRY. *Précis de maladies vénériennes.* Baillière, 1922.
BALZER. *Maladies vénériennes.* Baillière, 1920.
CLEMENT SIMON. *Syphilis de l'adult.* Maloine, 1921.
D'AMATO. *La sifilide e sua guarigione*, presso l'A., 1921.
DE BELLA. *Gli arsenobenzoli nella terapia antisifilitica.* Genova, 1920.
DROUIN. *La syphilis et le praticien.* Vigôt, 1923.
GASTOU. *Le syphilitique et la syphilis.* Paris, 1922.
LACAPERE. *Le traitement de la syphilis par les composées arsénicaux.* Masson, 1922.
LEREDDE. *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis.* Maloine, 1921.
ID. *Nouvelles études sur la syphilis.* Maloine, 1921.
MARTELLI. *Sifilide strana ed ignorata.* Idelson, 1923.
PASINI. *La sifilide.* Hoepli, 1922.
RAVAUT. *Syphilis, paludisme, amibiase.* Masson, 1922.
VERROTTI. *Sifilide acquisita.* Idelson, 1923.

NOTE PREVENTIVE.

R. IST. DI CLINICA CHIR. DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA.
diretto dal prof. R. ALESSANDRI.

Ricerche su una nuova tecnica di sutura.

Dott. VITTORIO GHIRON.

Riferirò brevemente dei miei esperimenti alcuni già compiuti altri in corso, volti all'intento di rendere più sicura la sutura di organi e tessuti in cui per condizioni insite o per alterazioni patologiche la sutura viene non di rado a fallire. La sutura con fili delle varie sostanze, per grandi che siano i servigi resi alla chirurgia è metodo che ha in sè numerose lacune. Non è qui il luogo di enumerare tutte le cause di insuccessi, voglio ricordare come la buona riuscita della sintesi con fili presuppone, oltre che una sutura perfetta, la buona vitalità, l'irrorazione sufficiente, la mancanza di focolai di sepsi nelle vicinanze; e altri numerosi fattori la cui deficienza se non è sempre causa necessaria del cattivo esito vi ha talvolta importanza grandissima. Esempio: quello di evitare che le superfici cruentate vadano a contatto con liquidi organici ad azione proteolitica (succo gastrico, pancreatico), o buon terreno di germi (urina, contenuto gastro-intestinale). Così avviene troppo spesso nella sutura della vescica per resezioni estese da tumori o diverticoli o per fistole inveterate, in cui oltre ad un contenuto settico del cavo vescicale, ci si trova davanti a pareti alterate per l'infiltrazione neoplastica o per fatti infiammatori; così per taluni tratti dell'esofago o del duodeno sprovvisti in tutto o in parte del rivestimento peritoneale che è così valido aiuto nelle suture, e a contenuto altamente settico; così la sutura di parte del pancreas nelle exeresi di tumori a motivo dell'azione digestiva del fermento pancreatico. In genere nei punti è sempre da temere che essi vengano a costituire non solo un terreno e un veicolo di germi ma anche altrettanti centri di necrosi parziali circoscritte coll'effetto che la sutura si venga a rilasciare ed i margini della ferita ad allontanarsi. Ho pensato che in tali casi potrebbe essere utile il disporre di una sostanza che, spalmata sulla sutura, la ricoprisse in modo completo col doppio scopo di renderla impermeabile ai liquidi che potessero filtrare e di impedire l'allontanamento dei margini nei casi in cui per necrosi parziale dei punti la sutura non valesse più al suo ufficio.

Ciò che si richiede a tale sostanza è di essere priva di tossicità, sterilizzabile in modo completo, di aderire alle superfici umide dei tessuti ugualmente come a quelle asciutte, di essere insolubile e poco attaccabile dai succhi organici per rimanere inalterata un tempo sufficiente, di godere di una certa elasticità e pieghevolezza per adattarsi ai tessuti molli, e infine di una qualche resistenza.

Data la difficoltà di potere riunire in una composizione tutte queste qualità, la ricerca non è stata facile. Ho pensato che in tal caso il miglior laboratorio era il campo sperimentale e pertanto ho adoperato la sostanza che mi parve più adatta, negli animali. Ho cominciato le mie esperienze con la vescica che è uno degli organi la cui sutura dà le maggiori noie al chirurgo. Mi servii di cani e di conigli in cui la vescica è quasi in totalità intraperitoneale e l'estirpazione estesa anche in condizioni normali ha dato sempre un'alta percentuale di insuccessi. La porzione da me estirpata comprendeva almeno la metà e spesso la quasi totalità del viscere. Nei cani, posto un paio di punti di riavvicinamento, ne coprivo la ferita con la sostanza e chiudevo l'addome. Nei conigli non ritenni neppure necessario di mettere questi punti e chiudevo la ferita spalmandola della sostanza. Sopra 16 esperienze ebbi 13 successi. Gli animali fino a che non furono sacrificati urinavano regolarmente senza inconvenienti benchè più spesso per la minor capacità vescicale. Li sacrificai in uno spazio di tempo che va dal 10° al 45° giorno. La vescica era libera di aderenze, in corrispondenza della ferita si notava, in quantità tanto più cospicua quanto più breve era il tempo passato dall'operazione, il residuo della sostanza adoperata. Alla sezione della parete si poteva rilevare che la riunione era avvenuta completamente con una solida superficie fibrosa (reperto confermato

da preparati istologici). Solo in due casi il punto di *catgut* avendo ceduto troppo rapidamente, i margini della ferita si erano allontanati, ma la sostanza era rimasta integra e sufficiente ad assicurare la continuità della parete vescicale, mentre al disotto l'omento aveva costituito una spessa barriera di connettivo che si inseriva sulla vescica stessa formando come una nuova parete.

Ho esteso queste esperienze: 1° all'intestino (ho esperimentato finora sopra sei cani con buoni risultati; ho fatto uso di un piano solo di sutura a punti staccati); 2° alla cute (per ora ho limitato il mio campo ai conigli; non ho messo alcun punto di sutura ma ho tenuto riavvicinato con pinze i margini fino a che la sostanza si era sufficientemente solidificata e ho ricoperto tutto con collodio).

È mia intenzione di studiare il comportamento di questa sostanza nella sutura di tessuti infetti e di superfici suppuranti (esempio: la chiusura di fistole intestinali e vescicali, il piombaggio di cavità osteomielitiche, ecc). Riferirò in altro articolo con più ampi particolari anche dal punto di vista istologico i risultati delle esperienze precedenti e di quelle iniziate.

COMMENTI.

CLINICA MEDICA GENERALE DELLA R. UNIV. DI TORINO
diretta dal prof. F. MICHELI.

Nota a un commento sulla « Aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombelicale ».

P. BASTAI.

Nel fasc. 22 (1925) di questo periodico è apparsa una nota critica di T. Silvestri sopra una mia recente pubblicazione che ha appunto per titolo: *Aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombelicale* (Pol., Sez. med., fasc. I, 1925). In questa io ho sostenuto, in base a due osservazioni personali e a qualche altra che ho potuto raccogliere nella letteratura, che debbano essere riunite in una sola unità anatomo-clinica due sindromi già conosciute essenzialmente dal punto di vista anatomico col nome di « *aplasia delle vene sovraepatiche* » e di « *sindrome di Baumgarten* » o « *di persistenza della vena ombelicale* » finora considerate come tra loro del tutto indipendenti. Secondo il mio modo di vedere invece le due sindromi stanno tra loro in stretto rapporto di dipendenza, e precisamente: quando si verifichi quella anomalia di sviluppo — eccezionalmente rara — consistente nella mancanza di sviluppo delle vene emungenti del fegato, quale è stata da tempo segnalata e particolarmente illustrata dal nostro Vanzetti, si determina durante la vita fetale una stasi in corrispondenza dei vasi afferenti del fegato, e cioè nel campo portale e in quello molto più importante della vena ombelicale. Questa stasi persiste in parte anche dopo la nascita, per quanto venga a diminuire bruscamente la quantità di sangue che giunge al fegato per il cessato afflusso del sangue placentare. Ne consegue che il sangue ormai unicamente venoso portale che refluisce dal fegato per mancanza di vie normali di deflusso nella cava inferiore si spinge anche nel lume della vena ombelicale impedendone l'afflosciamento e ostacolandone quindi il normale processo di obliterazione. Di qui l'origine della sindrome di Baumgarten, che consiste adunque in una stasi portale cronica con circolo collaterale di scarico particolare, data l'epoca di sviluppo in cui la stasi è venuta a determinarsi, e consistente appunto nella utilizzazione della vena ombelicale *ancora pervia* per la deviazione del sangue portale attraverso le epigastriche inferiori e superiori verso la circolazione generale.

La critica del Silvestri non è rivolta contro il concetto fondamentale da me sostenuto della dipendenza della sindrome di Baumgarten dalla aplasia congenita o dalla obliterazione delle vene sovraepatiche, a condizione che questa si verifichi durante la vita fetale, ma bensì contro il concetto che in tali casi si possa parlare di vera persistenza della vena ombelicale, e non piuttosto di una vena paraombelicale molto dilatata, come qualche volta è stato osservato anche in casi di stasi portale semplice degli adulti, tanto da aver tratto in errore anatomici esperti. E sulla possibilità di una tale evenienza non può esser dubbio, e io non ho mancato di farlo notare nella mia memoria. Ma nel caso attuale questa possibilità è stata ben vagliata e autorevolmente esclusa, come possono farne fede le ricerche numerose e dettagliate del Baumgarten stesso, che, al dire di Eppinger, rappresentano lo sviluppo degli studi di Sappey e di Burow, che l'avevano preceduto. Ma seguiamo pure il nostro contraddittore nella sua critica. S. stenta a credere che la stasi nelle condizioni che stiamo studiando possa farsi sentire, oltre che nel campo della porta, anche in quello della ombelicale. Ma perchè? Nella parte intraepatica il sangue portale venoso e quello arterioso proveniente dalla ombelicale scorrono nello stesso letto vasale, e quivi perciò non può esservi discussione alcuna sopra differenze di ristagno risentito dalla porta o dalla ombelicale. Nella loro parte sottoepatica lo stesso ristagno deve ugualmente verificarsi nei due distretti, poichè all'ilo del fegato la porta e la ombelicale comunicano a pieno canale, formando una specie di sistema di vasi comunicanti in cui la pressione interna, per una legge d'idraulica ele-

mentare, deve distribuirsi uniformemente. Non può quindi esservi dubbio sulla esistenza di una stasi che colpisca in grado uguale i distretti della porta e della ombelicale fino alle loro radici. Dopo questa constatazione — non mi sembra di poterla chiamare altrimenti — cade necessariamente anche la deduzione che il S. ha creduto di trarre da una premessa errata, e cioè che al momento della nascita, con la legatura e taglio della vena ombelicale, si deve verificare l'aspirazione del sangue in essa contenuto e quindi il suo afflosciamento, e da questo momento aversi la sua obliterazione.

Direi quindi piuttosto: siccome permane la stasi, si avrà un ristagno nella vena ombelicale fino al punto di legatura, e conseguentemente ne sarà ostacolato il processo di obliterazione, che nei nati normali si compie, a detta degli anatomici, in circa un mese, e nelle condizioni anormali di cui ci occupiamo dovrebbe anche essere per lo meno ritardato. Nel frattempo si formerà invece la cicatrice ombelicale e in essa si svilupperanno quelle venuzze che altro non rappresentano che la parte più distale delle porte accessorie o vene del Sappey, che varranno a stabilire definitivamente quelle vie anastomotiche attraverso le quali si compirà a ritroso il circolo collaterale. Ma di sistema vero e proprio delle porte accessorie non si potrà ancora parlare, poichè non esiste ancora o è appena in formazione. E sarebbe davvero inverosimile pensare, come sembra ritenere il S., che nel campo portale, e in quel che resta del sistema ombelicale, si avesse una stasi così lieve da non essere in grado da mantenere la pervietà di un vaso ampio come la ombelicale, e al tempo stesso così forte da aprirsi nuove vie attraverso il sistema delle vene porte accessorie, non senza aver prima atteso che queste si formino nello spessore stesso del ligamento rotondo, che dovrebbe costituirsi attorno alla vena ombelicale obliterata.

Il S. ritiene che il sangue refluo dovrebbe invece necessariamente venire scaricato attraverso il dotto d'Aranzio. Che questo canale serva a scaricare durante la vita fetale la più gran parte del sangue arterioso e venoso refluo, mi pare indubitabile. Ma dopo la nascita evidentemente questo non accade più poichè o attraverso la vena ombelicale rimasta pervia, come io ritengo per certo, o attraverso le porte accessorie, come vorrebbe il S., un altro circolo collaterale si forma e dei più ampi. Il concetto di S. non risolve quindi la difficoltà che si incontra nell'interpretare il dato di fatto, per me incontrovertibile, per cui, mentre la ombelicale resta pervia e per mezzo di essa si attua la circolazione collaterale, il dotto di Aranzio invece va incontro prima o poi alla obliterazione, là dove sarebbe da aspettarsi che risentendo al pari della ombelicale e della porta gli effetti della stasi, anch'esso dovesse rimanere pervio. Io ho fatto la ipotesi che il dotto di Aranzio, come serve di scarico durante la vita fetale, così anche dopo la nascita possa per un certo tempo restare pervio, e precisamente fino a che tra la ombelicale e le vene epigastriche non si siano formate anastomosi sufficienti a stabilire un circolo collaterale compensatorio; dopo di che, non foss'altro obbedendo alle leggi dello sviluppo naturale, andrà incontro alla obliterazione. Ma ciononostante ho anche espressamente messo in rilievo la oscurità del problema. Con tutto ciò io non penso neanche lontanamente che da questa mia ignoranza possano venire scosse le leggi fondamentali della biologia, e tanto meno quella del minimo sforzo. Spesso infatti accade di trovarsi di fronte a fatti innegabili senza sapersene spiegare la ragion d'essere, la quale esiste sempre, anche se noi non riusciamo a vederla È compito precipuo delle scienze di indagare queste ragioni, ed è un compito il più delle volte molto difficile. A mio parere anche in questo caso.

Torino, 3 giugno 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

IMMUNOLOGIA - SIERI E VACCINI.

Patogenesi delle eruzioni da siero.

(DUYARDIN. *Le Scalpel*, n. 9, 1925).

Le eruzioni da siero, eritemi pruriginosi, urticarie, edemi di Quinke si producono in condizioni svariate dopo l'iniezione di siero di cavallo. Esse possono sopravvenire dopo la *prima* iniezione: *a*) il giorno stesso o il giorno seguente; *b*) dopo un intervallo di otto-dodici giorni. Possono sopravvenire il giorno stesso od il giorno seguente alla *seconda* iniezione: *a*) sia che tra le due iniezioni sia decorso un periodo di meno di sette giorni; *b*) sia che sia decorso un periodo di più di sette giorni. Possono sopravvenire dopo una serie di *più* iniezioni.

Coi fenomeni della siero-anafilassi di Arthus si possono spiegare le reazioni da siero che avvengono: 1) tra l'ottava e la dodicesima giornata dalla prima iniezione; 2) dopo la seconda iniezione, praticata ad otto giorni almeno d'intervallo dalla prima; 3) dopo una serie di iniezioni.

Lo schock anafilattico ha luogo non perchè esistano nel sangue antigene e anticorpo, ma perchè antigene e anticorpo vi si trovano in determinata proporzione. In altri termini la condizione necessaria e sufficiente perchè si produca lo schock si riassume nel conflitto fra la quantità di anticorpo e una quantità d'antigene superiore

e bruscamente posta a contatto con essa. Se in un sangue carico di anticorpi iniettiamo piccole quantità di antigene, questo verrà neutralizzato senza schock, ma se l'ingresso dell'antigene è brusco, si scatenerà la reazione anafilattica.

Ciò premesso, l'autore afferma come l'organismo tende a difendersi dalla immissione brusca di antigene, sì da impedirgli di arrivare nel sangue alla concentrazione di schock, mediante due meccanismi: 1) *l'azione fissatrice del fegato* e poi quella supplementare *della pelle;* 2) *l'allergia dei tessuti.*

1) *Azione fissatrice* (action pexique) *del fegato.* — Tale azione non è che una varietà della proprietà che ha il fegato di arrestare le sostanze tossiche e specialmente proteiche del sangue, di fissarle e di eliminarle poi lentamente. Orbene, un individuo sano con fegato integro fisserà una certa quantità di siero di cavallo; ma un individuo malato, con insufficienza epatica non potrà fissarne che una quantità minore. A conferma di questo concetto l'A. cita due casi di individui luetici con sintomi chiari di insufficienza epatica in cui, dopo otto giorni dalla prima iniezione di siero di cavallo, si scatenarono violenti fenomeni di urticaria, edemi di Quinke, vertigini, senso di obnubilazione e depressione. Eppure la quantità di siero di cavallo iniettato era in uno di cinque, nell'altro di due cmc. sottocutaneamente!! Evidentemente l'azione fissatrice del fegato era stata insufficiente, l'antigene aveva raggiunto nel sangue la concentrazione di schock e in ottava giornata, comparsi gli anticorpi, s'era scatenato lo schock. Questo però non era stato così violento, inquantochè a riparare la deficienza della azione fissatrice del fegato era intervenuta quella della cute. La cute ha anche essa una azione fissatrice (come del resto tutti gli altri tessuti) ma tale azione non entra in giuoco che ad una soglia di concentrazione di antigene superiore a quella epatica. Alla comparsa degli anticorpi circolanti, si scatena un confilitto *locale* tra questi e l'antigene fissato dalla cute, ossia compare l'urticaria e l'edema di Quinke. Ciò, del resto, è facilmente dimostrabile con iniezioni sottocutanee di piccole dosi di siero. In ottava giornata si ha una reazione locale che è l'esponente non della comparsa di anticorpi locali, ma bensì dell'antigene fissato localmente che reagisce cogli anticorpi generali circolanti.

2) *Allergia dei tessuti.* — Mano mano che si vengono a formare nel sangue quantità crescenti di anticorpi diviene sempre più pericolosa l'immissione nell'organismo di nuove dosi di antigene. L'organismo però ripara a ciò con l'allergia dei tessuti: nel punto di iniezione essa crea un conflitto tra l'antigene, gli anticorpi presenti nel tessuto, e gli anticorpi circolanti. I risultati del conflitto sono: la saturazione « in situ » dell'antigene, e il lento assorbimento di quelle quantità di antigene che non furono saturate. A conferma di questo concetto, l'A. riferisce come uno dei due casi citati in cui la difesa allergica era grande ed una intradermoreazione col siero dava una reazione imponente, sopportò benissimo senza reazioni generali successive cospicue iniezioni di siero. Le reazioni locali erano però sempre imponenti. Nell'altro caso invece, in cui la difesa allergica era minima e l'intradermoreazione col siero dava una reazione scarsa, una iniezione di 2 cmc. di siero bastò a scatenare uno schock.

Le reazioni che sopraggiungono durante una serie di iniezioni di siero si spiegano pensando che le iniezioni ravvicinate saturano l'azione fissatrice del fegato, e quindi con grande facilità l'antigene viene a raggiungere nel sangue la concentrazione di schock.

Le reazioni che sopraggiungono dopo una unica iniezione di siero o dopo una seconda, quando l'intervallo tra le due non fu sufficiente per lo sviluppo degli anticorpi (due-sei giorni), si spiegano ammettendo che l'individuo fosse già sensibilizzato verso un qualunque antigene. Si sa che un soggetto sensibilizzato verso un antigene, p. es. alimentare, presenta una esaltazione di tutte le sensibilità che ha in sè, e specialmente ha esaltata quella verso il siero di cavallo. In una vecchia con urticaria cronica ed edemi acuti di Quinke una iniezione di 2 cmc. di siero fece esplodere il giorno stesso una violenta crisi anafilattica.

ROCCHI.

La cutireazione in forme morbose a carattere anafilattico: asma, coriza spasmodica, febbre da fieno, emicrania, orticaria ed eczema.

(PASTEUR VALLERY-RADOT e P. BLAMOUTIER. *La Presse médicale*, 25 marzo 1925).

La cutireazione ha assunto in questi tempi una grande importanza per la diagnosi come per la terapia degli accidenti anafilattici. L'argomento è stato studiato specialmente dagli AA. americani che ne hanno fatto un metodo generale di diagnosi delle affezioni anafilattiche per la ricerca della reazione dei tegumenti alle diverse proteine animali, vegetali e microbiche.

TECNICA. — Sulla faccia anteriore dell'avambraccio, dapprima strofinata con alcool a 90°, si fa una serie di piccole scarificazioni lineari superficiali, della lunghezza di 2 mm., per mezzo di un vaccinostilo, evitando l'uscita di sangue. Su ognuna, si applica una gocciolina di soda decinor-

male e poi una minima quantità della proteina che si vuole studiare; la soluzione e l'assorbimento sono facilitati dalla soda. Se invece, la proteina è già in soluzione, la si applica direttamente sulla scarificazione, senza la soda.

Le sostanze così applicate si lasciano per mezz'ora, dopo di che, si lava con un tampone imbevuto di acqua la serie delle scarificazioni e si confrontano con una che si sarà fatta con la sola soda, senza proteina. La reazione si riterrà positiva quando si è prodotta una placca orticata di almeno 5 mm. di larghezza. Essa è circondata da una zona eritematosa più o meno marcata ed è spesso pruriginosa. In certi casi, la reazione è assai intensa e la placca può oltrepassare il diametro di uno scudo. Un semplice eritema locale non va considerato come reazione positiva.

PREPARAZIONE DELLE PROTEINE. — Per le proteine alimentari, si fa anzitutto macerare l'alimento, tagliuzzato minutamente, in un volume variabile di acqua calda o fredda secondo la natura dell'alimento stesso. Si passa il liquido attraverso garza e lo si lascia a sè per qualche giorno, aggiungendovi del toluolo o del timolo per la conservazione. Dopo decantazione, filtrazione ed evaporazione, si ottiene un residuo gommoso, spesso che si ridiscioglie nella quantità di acqua necessaria; vi si aggiungono quattro volumi di alcool a 95° e si continua la disidratazione con alcool assoluto, acetone, etere. Si centrifuga e si fa passare il prodotto così ottenuto in un essiccatore ad acido solforico; si ottiene una polvere friabile, facilmente solubile nell'acqua e negli alcali diluiti.

Per l'estrazione delle proteine dai peli di animali, se ne fa un estratto alcalino che si neutralizza, ottenendo così un precipitato che si purifica ridisciogliendolo e precipitandolo parecchie volte e poi seccandolo con alcool ed etere.

L'estrazione dal polline si compie facendo seccare i fiori non ancora sbocciati; si fanno poi macerare nel tetracloruro di carbonio e si comprimono in una garza a traverso la quale passa il polline che viene poi arrestato da un filtro di carta. Del polline che si raccoglie dopo qualche ora, quando è secco, si fa un estratto alcoolico.

LA CUTIREAZIONE NELL'ASMA. — In un asmatico che conosce la causa del suo asma, la cutireazione non è che una prova di controllo. Quando invece esso ignora tale causa, si deve procedere per tentativi con le più svariate proteine. Al contrario però degli autori americani, l'A. ritiene che la cutireazione non sia rigorosamente specifica; vi sono, di fatto degli asmatici di lunga data che reagiscono alle più svariate proteine. In un caso dell'A., si avevano reazioni positive con squame di cavallo, peli di gatto, piume di pollo di oca, di anitra, di piccione, lana, patata. Spesso gli individui sensibilizzati ad una proteina animale reagiscono a tutta una serie di proteine che nulla hanno a che fare con la sensibilizzazione. Viceversa, in qualche caso di asma a causa nota, la cutireazione con la proteina incriminata può essere negativa.

Quindi, la cutireazione positiva non è un segno certo di sensibilizzazione dell'organismo; essa non costituisce che un'indicazione la quale ha bisogno della sanzione terapeutica. E, soltanto quando la soppressione totale della proteina incriminata o la desensibilizzazione avranno fatto scomparire le crisi, si potrà affermare l'etiologia di un asma. Queste considerazioni si applicano anche agli altri stati anafilattici, come orticaria, coriza spasmodica, ecc.

La pratica personale dell'A. su 46 casi di asma lo porta a concludere che i risultati terapeutici favorevoli (sia per soppressione della proteina che per desensibilizzazione) si hanno soltanto in asmatici che reagiscono ad una sola proteina o a proteine dello stesso gruppo. Le reazioni più frequenti si hanno con prodotti di origine animale: squame, crini di cavallo, piume, lana, tutti prodotti che entrano nella composizione degli effetti letterecci, ciò che spiega la frequenza dell'asma notturna. Più raramente l'individuo reagisce alle proteine alimentari; talvolta esso, p. es., reagisce soltanto alle singole proteine della farina (proteosi, glutenina, gliadina, ecc.) e non a quella globale. Non risultano sufficientemente dimostrati i casi di reazione a proteine microbiche.

Dall'interrogatorio del malato, si avrà la guida per procedere alle reazioni; per le proteine alimentari si useranno la farina di grano, l'albume od il tuorlo d'uovo, l'albumina del latte, la patata, le diverse carni.

LA CUTIREAZIONE NELLA CORIZA SPASMODICA. — Sopra 17 casi, l'A. ha trovato reazioni positive soltanto in 3, di cui 1 con le piume di pollo e 2 con quelle di oca. In 2 casi si ebbe la guarigione sopprimendo la proteina incriminata.

Le cutireazioni più accentuate e più frequenti si trovano nella febbre da fieno; sopra 26 casi dell'A., ne reagiscono 25, di cui 24 al polline delle graminacee. La desensibilizzazione specifica costituisce una controprova; anche in essa però si hanno delle reazioni di gruppo.

Nell'emicrania, qualche autore ha ottenuto risultati positivi con sostanze alimentari (cioccolato, sedano, albume d'uovo); l'A. ha trovato solo un caso positivo alla farina (di grano e di segale) su 13.

Scarse sono le reazioni positive nell'orticaria e nell'edema di Quincke, in cui si deve tentare

soprattutto con le sostanze alimentari. In 17 casi di orticaria, l'A. trovò 5 casi positivi, di cui uno al bianco ed al giallo d'uovo, due alla farina di grano, uno ad una proteina (leucosina) della stessa farina, uno a diverse proteine. La soppressione dell'alimento portò la guarigione nei primi 4 casi. Nessuna reazione positiva si ottenne in 5 casi di edema di Quincke.

Nell'eczema, specialmente infantile, si trovano talora reazioni positive e controprova terapeutica specialmente con le proteine alimentari. Qualche volta si sono avute reazioni positive anche in altre sindromi che sono legate a disturbi digestivi (vomiti ciclici, coliti, intolleranza per il latte) ed altresì in certe manifestazioni oculari.

Risulta in complesso che, sebbene in modo non del tutto costante, la cutireazione può orientare il clinico verso una terapia specifica. Questa può farsi sia sottraendo il malato all'azione della proteina, sia per mezzo della desensibilizzazione. Per questa, si consiglia di solito la via sottocutanea; l'A., invece, ha trovato vantaggio a farla semplicemente per mezzo di cutireazioni ripetute, metodo che è completamente esente da pericoli, che può essere applicato da chiunque e che risulta efficace.

FILIPPINI.

VIE DIGERENTI.

La cura precoce delle lesioni da caustico dell'esofageo.

(H. SALZER. *Arch. f. klin. chir.*, 133).

Le causticazioni esofagee rappresentarono in tutti i tempi un *noli me tangere*, e molti autori si sono infatti occupati con la ricerca delle cure dei postumi di tali incidenti: purtroppo i risultati non sono troppo confortanti. Secondo Hacker in più della metà dei pazienti che sopravvivono all'ingestione di alcali, si stabiliscono dei restringimenti gravi. Nei rimanenti le stenosi sono lievi: di rado non si verificano affatto. Lotheissen nel 1922 scriveva che il 26 % dei pazienti in cui si verificano delle causticazioni dell'esofago, muoiono per la penetrazione del liquido nelle vie respiratorie e la diffusione dei processi infiammatori nel mediastino o nella pleura. Di coloro che sopravvivono un piccolo numero rimane illeso: nel 74 % dei rimanenti si stabilisce una stenosi: il 12 % di questi, muoiono durante la cura e un altro ugual contingente per uno dei postumi più frequente: la tubercolosi. Eppure si tratta di una lesione frequente, specie nei bambini. Nella Clinica Pediatrica di Bokay a Budapest si raggiunge una cifra del 6 0/00. Già nel 1887 Gersuny aveva tentato in un caso una cura precoce delle causticazioni esofagee, ma il bambino così trattato morì.

Risultati un po' migliori ebbero con metodi ispirati allo stesso principio Roux, Johannsen Fränkel e Bass, ma ciò nonostante le loro proposte non trovarono gran seguito. L'A. ha ripreso a studiare il quesito e dopo vari tentativi è venuto alla conclusione come nei casi di causticazione dell'esofago si debba procedere nel seguente modo: appena cessate le manifestazioni più tumultuose, dal 2° al 6° giorno si cominciano a passare le sonde di Bass (di piombo rivestite di seta e para e rammollite per l'introduzione mediante l'immersione in acqua calda). Queste sonde, calibro 28-30 per i bambini, vengono introdotte dolcemente, spinte quasi dal loro peso stesso e lasciate in sito per 5'-10' fino a mezz'ora. Per 4 settimane il passaggio delle sonde si effettua giornalmente, poi man mano si distanziano le sedute fino a 1-2 la settimana, per eseguire il controllo ogni 1-2 mesi, salvo a riprendere il sondaggio più di frequente quando si stabilisse evidente la tendenza alla recidiva. Il trattamento non dà eccessivo fastidio, poichè gli stessi bambini di 4 anni, dopo 2 settimane di cura sono in grado di eseguirlo da loro. Un altro vantaggio di questo metodo consiste nel ripristino precoce di una deglutizione perfetta, e nell'evitare il grave deperimento consecutivo a digiuni forzati.

È opportuno non iniziare troppo presto il sondaggio nei casi gravi, poichè facilmente si stabiliscono dolori e febbre: ma non bisogna aspettare oltre il 6° giorno, dopo il quale è facile l'insorgenza di emorragie imponenti. Su 56 casi dell'A., trattati col metodo precoce, si ebbero 49 risultati ottimi, 2 buoni. Un bambino morì di polmonite durante la cura; 3 non trattati perchè troppo gravi morirono tutti: si ebbe un decesso infine per setticemia in seguito probabilmente ad una grave stomatite ulcerosa. Siccome non si può escludere malgrado l'assenza di qualsiasi perforazione che la stomatite possa essere stata aggravata dal sondaggio, i risultati, in definitiva, si possono considerare come buoni nel 96 % dei casi. A risultati analoghi giunse Bokay nei suoi 132 casi (in 4 anni) nei quali però sono state 4 volte notate le perforazioni. Ciò non ostante si ha l'impressione che il sondaggio precoce abbia diminuito il loro numero, in quanto che è noto come esse si presentino anche spontaneamente nella evoluzione delle causticazioni esofagee. A ragione Zoegen e v. Manteufel dicono che in tali casi la perforazione non debba imputarsi alla sonda, bensì alla profondità dell'ulcerazione da caustico. Sommando ai precedenti, i casi di Erdelen, di cui 2 terzi sono adulti, si giunge alla somma di 226 pazienti così trattati. Anche impu-

tando tutti i casi di morte al metodo accennato si giunge ad una mortalità del 5.3 %, in contrasto formidabile con le percentuali precedenti. Non c'è bisogno di far risaltare gli inconvenienti della sonda a permanenza proposta dal Gersuny (causa di decubiti e di grande incomodo per i pazienti).

Benchè li metodo sia stato applicato prevalentemente nei bambini, nei quali l'esofago è forse più distensibile e ha una maggiore capacità rigenerativa, non esiste alcuna seria ragione di non applicarlo pure negli adulti, come del resto è già stato fatto, anche concedendo teoricamente in questi una minore forza di adattamento, come vorrebbe Lotheissen. E. M.

Le atresie e le stenosi duodenali nella prima infanzia.

(R. TURQUET e J. FLORAND. *Journ. de méd. de Paris*, 21 marzo 1925).

Il duodeno è un luogo di elezione per le atresie e le stenosi congenite, come lo sono tutti i segmenti del tubo digerente che hanno subito nel corso dello sviluppo un profondo rimaneggiamento: ampolla del Vater, angolo duodeno-digiunale, valvola ileo-cecale. Dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico, si possono distinguere due ordini di fatti; quelli che si manifestano nelle prime ore di vita, con evoluzione di immediata gravità, le atresie del duodeno; quelli, invece che si rivelano più tardivamente, nelle prime settimane o nei primi mesi; si tratta allora di stenosi.

LE ATRESIE DEL DUODENO. — Senza essere eccezionali, si presentano raramente, specie in confronto della frequenza relativa con cui si osservano le malformazioni anorettali. La statistica più recente riporta 392 casi di occlusione congenita fra il piloro e l'ano; si può calcolare che se ne trovi un caso sopra 20,000 nascite. Il più delle volte esistono condizioni che possono provocare anomalie, aborti ripetuti, idramnios abbondante, prematurità, debolezza congenita; talora si hanno nel bambino altre anomalie, come malformazioni delle dita della mano o dei piedi, delle vie urinarie, del cuore.

La sede più frequente delle atresie è la regione prossima all'ampolla del Vater; talora all'ampolla stessa, il più spesso sovraampollare. Viene poi, in ordine di frequenza l'angolo duodeno-digiunale, raramente l'atresia si estende per tutta la lunghezza del duodeno.

L'atresia può essere data: da una o più membrane che formano un tramezzo nell'interno del canale; più spesso il duodeno, nella sua porzione prossimale è chiuso da un cul di sacco, come da un cieco aderente alla testa del pancreas; al disopra, si trova un altro cul di sacco fuso anch'esso col pancreas e che rappresenta la porzione distale del duodeno; un sottile cordone di tessuto fibroso unisce i due segmenti. In un terzo gruppo, i due cul di sacco sono del tutto isolati l'uno dall'altro.

L'atresia duodenale si fa risentire sullo stomaco che è dilatato; ad esso fa seguito, dopo un piloro normale, una porzione di duodeno pure dilatata, per cui si ha l'impressione di uno stomaco biloculare. Al di sotto della lesione, l'intestino è appiattito e retratto. Talora si hanno anche malformazioni delle vie biliari.

Dal punto di vista della patogenesi, la teoria che sembra più probabile è quella embriogenica di Tandler, secondo cui negli embrioni umani al 30° giorno, si inizia una proliferazione epiteliale nel duodeno che ostruisce più o meno completamente il lume e poi viene gradatamente riassorbita; la persistenza di questo tappo epiteliale spiegherebbe l'atresia.

Sintomi e diagnosi. — Il segno che attira anzitutto l'attenzione è l'assenza di espulsione del meconio che è totale nelle atresie sottoampollari; in quelle al disopra dell'ampolla del Vater si ha ritenzione parziale ed emissione di muco scarso grigiastro. Dall'esame del materiale emesso dal l'ano, risulta l'assenza di peli di lanugo, di goccioline grasse di origine sebacea e di cellule epiteliali del tubo digerente.

Ai primi tentativi di alimentazione, compaiono i vomiti, generalmente violenti ed esplosivi; la presenza in essi della bile implica l'esistenza di una stenosi sottoampollare. Si sono osservate ematemesi, ittero; di solito anuria completa. Alla esplorazione si rileva un meteorismo marcato della regione sopraombelicale; lo stato generale peggiora rapidamente, si ha ipotermia, algidità, sclerema, talora convulsioni e morte al 5°-6° giorno.

La diagnosi si basa sulla osservazione di vomiti precoci, incoercibili, biliari ed, in caso di atresia sottoampollare, di mancanza di espulsione del meconio. In presenza di occlusione intestinale nel neonato, si penserà anzitutto all'imperforazione anale e poi alle malformazioni dell'esofago. La comparsa subito dopo la nascita permette di escludere la stenosi ipertrofica del piloro ed il pilorospasmo essenziale. Possono però esistere delle briglie congenite che danno la sindrome di occlusione e che sono diagnosticabili soltanto alla laparatomia. L'esame radiologico potrà dare la conferma dell'ostacolo duodenale.

LE STENOSI DEL DUODENO. — Questa lesione è compatibile con una sopravvivenza più o meno lunga, per cui i sintomi si possono osservare anche

nei grandicelli e negli adulti. Quando si escludano le stenosi secondarie ad un'ulcera o ad un tumore, del tutto eccezionali nei bambini, le cause della stenosi duodenale possono essere le seguenti: 1) briglie peritoneali congenite; 2) mancanza di unitura del mesocolon che può rimanere libero nel bacino facendo trazione sulla mesenterica superiore che incrocia la terza parte del duodeno, o formare una corda che schiaccia il duodeno; 3) brevità del mesentere per cui ne risulta la compressione del duodeno o la flessione dell'angolo duodeno-digiunale; 4) mesocolon eccessivamente lungo che finisce con lo schiacciare l'angolo duodeno-digiunale.

Sintomi e diagnosi. — Spesso, fin dai primi giorni di vita si ha che i tentativi di alimentazione sono seguiti da vomiti; talora però la lesione può essere ben tollerata per diversi mesi. Il sintoma principale è l'esistenza del vomito biliare, sempre connesso con la stenosi sottoampollare; il vomito è giallastro o verdastro, si ha subito dopo la poppata o prima di quella seguente; nel liquido vomitato le reazioni di Gmélin e di Grimbert sono positive. I vomiti possono essere continui ed intermittenti e, nell'ultimo caso, si hanno a crisi, separate da intervalli di salute apparente. Le feci sono anormali per qualità e frequenza, la costipazione può essere continua od intermittente. All'esame fisico, si rileva spesso il meteorismo localizzato alla regione sopraombelicale e del peristaltismo gastrico. A questi segni, si aggiungono l'ittero, la tetania, febbre, convulsioni; Francioni ha segnalato anche dei vomiti neri analoghi a quelli che si osservano nella stenosi. Lo stato generale ed il dimagrimento variano secondo il grado di stenosi.

All'esame radiologico, si può anche precisare la sede della stenosi e differenziare quella dovuta alla trazione del mesentere (in cui l'immagine radiologica non è influenzata nè dalla posizione del malato, nè dalla pressione della mano) da quella dovuta allo schiacciamento da parte di un mesocolon mobile; in questa forma, le manovre sopra accennate tendono a diminuire l'ostacolo e si vede che la pappa di barite passa nel digiuno.

La diagnosi non presenta difficoltà salvo nel caso di stenosi sopraampollari in cui la presenza di vomiti senza bile può offrire confusione con altre sindromi emetizzanti dell'infanzia, piloro-spasmo, stenosi ipertrofica del piloro, ecc. Si tenga presente però che le stenosi duodenali sono quasi costantemente sottoampollari ed in tal caso la presenza di bile nel vomito (talora in quantità scarsa, per cui è necessario l'esame chimico) basta per assicurare la diagnosi.

TRATTAMENTO. — Nelle atresie, si deve decidere l'intervento nei primi 2-3 giorni di vita. Il chirurgo si assicurerà dapprima che non esistono lesioni multiple, ciò che si verifica nel 15 % dei casi. Si potranno praticare la gastro-entero-anastomosi con o senza esclusione del piloro, o la duodeno-entero-anastomosi; si è anche tentata la semplice enterostomia che consiste in un primo tempo nel fissare alla parete i due cul di sacco intestinali, riserbando per un secondo tempo la riunione dei due segmenti intestinali. Nel neonato questi interventi presentano difficoltà notevoli.

Le stenosi, derivando da cause diverse, esigono interventi diversi, sezione di briglie peritoneali, gastro-enterostomia, ecc.

L'essenziale, in entrambi i casi è una diagnosi precoce che permetta al chirurgo di intervenire quando il bambino non è già in uno stato di denutrizione e di disidratazione che rende la prognosi fatale. Questa, naturalmente, è assai meno grave nella stenosi che nell'atresia.

FILIPPINI.

Il trattamento medico e chirurgico dell'ulcera gastro-duodenale.

(F. H. LAHEY e S. M. JORDAN. *Boston medical and surgical Journal*, v. 191, n. 13).

È indubitato che, tanto col trattamento medico come con quello chirurgico, si possono ottenere buoni risultati nella terapia dell'ulcera gastro-duodenale. Ma il decidersi per l'uno o per l'altro metodo non è sempre agevole; vi sono chirurghi che vorrebbero operare tutte le ulceri, ed invece medici che vorrebbero prolungare il trattamento anche quando il paziente si trova in condizioni adatte per essere operato, sicchè il pratico rimane incerto sulle direttive da prendere di fronte ad un dato paziente. Questo stato di cose viene dagli AA. attribuito alla mancanza di cooperazione fra medico e chirurgo; allo scopo di poter dare delle direttive precise, essi hanno quindi studiato la questione seguendo un piano prestabilito secondo il quale potevano risaltare i vantaggi di ciascuno dei metodi.

In linea generale, essi ammettono che si deve anzitutto precisare esattamente la diagnosi e che il metodo desiderabile di trattamento deve essere quello medico, da tentarsi anche nei casi cronici. È però necessario, secondo gli AA., che esso venga fatto in un ospedale direttamente sotto controllo. Diverse sono le ragioni che militano per questa tesi; anzitutto la possibilità di fare in tal modo uno studio accurato del paziente, in secondo luogo le difficoltà che si incontrano per far seguire alla maggior parte dei pazienti la linea rigida di trattamento che si basa essenzialmente sul metodo di Sippy; da ultimo la necessità, in certi casi, di aver il paziente sotto con-

tinua osservazione per un eventuale intervento chirurgico d'urgenza. Quindi, fino a che il paziente può essere tenuto esente da sintomi e da indicazioni per l'intervento, si può continuare senza alcun timore il trattamento medico, con una dieta rigida o modificata, secondo i casi.

Le linee direttive seguite dagli AA. sono le seguenti. Il paziente sospetto di ulcera viene inviato all'ospedale per la diagnosi e, se l'ulcera viene confermata, lo si tiene in letto, con dieta rigida per 3-4 settimane. Se, dopo tale periodo, esso non ha più sintomi e non ha segni di attività dell'ulcera che impongano l'intervento chirurgico, può ritornare alla propria casa con una dieta modificata e, se può continuarla in buone condizioni, può evitare l'intervento. In caso contrario si deve ricorrere a questo.

SCHEMA DA SEGUIRSI PER LA DIAGNOSI.

È anzitutto necessario raccogliere un'accurata anamnesi che deve considerare quanto segue: 1) data d'inizio della malattia; 2) se la malattia è in continuo progresso o se ha remissioni; 3) se, durante il decorso, la malattia ha subito modificazioni e se la comparsa del dolore sia in rapporto costante con l'alimentazione; 4) il carattere generale del dolore: cioè, la localizzazione (se limitato o diffuso o irradiante) se sia sempre acuto o remittente, se insorga gradatamente o non, se sia costante nella localizzazione; 5) l'effetto dei provvedimenti che si prendono per calmare il dolore (ingestione di cibo, di soda, caldo, movimenti intestinali, eruttazioni, vomiti, riposo od esercizio); 6) la presenza di altri sintomi, come scariche molli, nausea, vomito, ittero, gorgoglii, febbre, sintomi urinari; 7) la descrizione cronologica di un giorno di malessere tipico, con tutti i particolari; 8) la descrizione delle funzioni intestinali, numero e carattere delle scariche, uso di purganti.

I punti principali che indirizzano la diagnosi verso l'ulcera sono: *a*) la remissione dei sintomi in diversi periodi, in quanto che l'ulcera ha sempre qualche periodo di remissione, in qualche suo stadio; *b*) il carattere generale del dolore che, quando l'ulcera non è complicata, è nettamente localizzato dalla punta di un dito, talvolta irradiantesi alla schiena, di inizio graduale, che aumenta fino ad un massimo e poi decresce e, nello stesso individuo, se l'ulcera non è complicata, si verifica sempre in uno stesso momento in relazione con i pasti; *c*) l'ingestione di cibo o di alcalini od il vomito portano sempre una calma nel dolore dell'ulcera non complicata.

Dopo l'esame generale, il paziente viene messo ad una dieta senza carne e si esaminano le feci per la ricerca del sangue. Nel momento in cui si manifesta il dolore, si tentano i seguenti rimedi: aspirazione del contenuto gastrico, ingestione di cibo con sufficiente quantità di albumina o di alcalini (di solito 3 g. di carbonato di calcio e g. 1,80 di bicarbonato di sodio).

Nel secondo giorno, si dà alla mattina il pasto di Ewald e, dopo un'ora, si fa l'aspirazione del contenuto gastrico, determinando la quantità di cibo presente, l'acido cloridrico libero, l'acidità totale e la eventuale presenza di sangue. Nella maggior parte delle ulceri, si ha che l'acido cloridrico libero è verso 50 e l'acidità totale circa 70; il sangue può esservi ma può anche mancare. Subito dopo, si dà un pasto per provare la motilità e si svuota lo stomaco sette ore dopo; la presenza di oltre 50 cmc. di contenuto indica ostruzione, a meno che non vi siano cause di ritenzione acuta. Questa prova è più importante che quella con i raggi X, in quanto che il bario abbandona lo stomaco più rapidamente che non il cibo.

Al terzo giorno, si procede all'esame fluoroscopico; difetti di riempimento, ipermotilità, dolorabilità alla palpazione sono segni evidenti di ulcera; durante l'osservazione si notano talora difetti di riempimento della parte posteriore del duodeno. Si fanno poi delle lastre in serie per l'ulteriore studio.

I punti principali che vengono messi in rilievo con questo metodo sono i seguenti: 1) a stomaco vuoto non si ha malessere; 2) durante il malessere, l'acidità in acido cloridrico libero è maggiore che un'ora dopo il pasto di Ewald; 3) il dolore è calmato da una sufficiente quantità di alcalini, o di cibo; 4) il malessere, nello stesso individuo, si ha ad un intervallo costante dopo i pasti.

TRATTAMENTO MEDICO.

Consiste specialmente nel neutralizzare l'acidità gastrica per un periodo di mesi od anche un anno. Si tiene il paziente in letto per tre settimane con una dieta che va gradatamente dai pasti orarii di latte e crema ad un'altra più estesa, ma sempre blanda. Le polveri alcaline si danno ogni ora dalle 9,30 fino alla sera; durante la notte non si darà nè cibo nè bevanda. La magnesia si dà in quantità sufficiente per produrre giornalmente una scarica formata; il resto degli alcalini si dà in forma di carbonato di calcio e di bicarbonato di sodio. [Le polveri alcaline del metodo di Sippy, che è quello seguito dall'A. sono le seguenti: 1) Magnesia calcinata pesante, Bicarbonato di sodio, ana g. 50; 2) Carbonato di calcio, g. 0,50; Bicarbonato di sodio, g. 1,50. Da prendersi alternativamente, ogni ora, in un mezzo bicchiere di acqua. *N. del red.*]. In giorni determinati, si svuota lo stomaco alle

ore 16,30 e 21,30 per controllare se la neutralizzazione è stata raggiunta; in qualche altro giorno si fa lo svuotamento a mezzanotte per determinare la presenza o l'assenza di secrezione continuata, ciò che annullerebbe l'effetto della neutralizzazione durante il giorno e renderebbe necessario continuare questa anche durante la notte.

Se il paziente ha avuto emorragie, lo si metterà alla dieta di latte e crema ogni ora curando esattamente la neutralizzazione dell'acidità; il trattamento rimane il medesimo, soltanto che il passaggio ad una dieta più generosa deve essere assai più lento.

INDICAZIONI AL TRATTAMENTO CHIRURGICO.

Possono sorgere ad ogni stadio del trattamento medico e si deve quindi essere sempre pronti ad un eventuale intervento. Esse sono date da:

1) Perforazione, segnalata dai sintomi caratteristici; talvolta la perforazione può essere casualmente scoperta alla fluoroscopia;

2) Sintomi di carcinoma, consistenti principalmente nel fatto che i dolori continuano dopo due o tre giorni e la presenza di sangue occulto nelle feci, anche dopo due o tre settimane di accurata neutralizzazione. Il sospetto è avvalorato se la lesione è dal lato gastrico piuttosto che da quello duodenale del piloro, se il paziente non è giovane, se vi sono già segni di cachessia. L'assenza di acido cloridrico libero e la presenza di bacilli lunghi e di quelli dell'acido lattico avvalorano il sospetto;

3) Deformità dello stomaco, principalmente l'ostruzione cicatriziale del piloro e secondariamente lo stomaco a clessidra ed adesioni perigastriche;

4) La secrezione continua di acido cloridrico anche durante la notte che non cede al trattamento medico;

5) L'insuccesso del trattamento medico;

6) Le condizioni economiche dell'infermo che non gli permettano di dedicare tanto tempo alla cura.

L'operazione di scelta deve essere la gastroenterostomia la quale, ad ogni modo, rappresenta il primo passo per un'operazione più radicale; in qualche caso raro, segue ad essa l'ulcera gastro-digiunale o digiunale. La resezione radicale va riserbata ai casi in cui le indicazioni giustificano il rischio di tale intervento.

La gastroenterostomia dà mortalità di 1-2 %, il 6-15 % di insuccessi e circa 3 % di ulcera gastrodigiunale ricorrente; la pilorectomia e la gastrectomia parziale danno una maggior percentuale di guarigioni, ma anche una mortalità più elevata, che arriva a 6-10 %.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

DURANTE-LEOTTA. *Trattato di medicina operatoria generale e speciale*. Unione Tip. Edit. Torinese.

Di questo Trattato di tecnica chirurgica è uscito in questi giorni la 3ª puntata del vol. 4°.

I capitoli che sono compresi in questo fascicolo riguardano *la chirurgia del polmone e dei bronchi intrapolmonari* e precisamente:

1) Trattamento immediato e tardivo delle ferite pleuro-polmonari;

2) Trattamento delle affezioni polmonari suppurative e cangrenose (ascesso e cangrena polmonare);

3) Trattamento delle affezioni dei bronchi intrapolmonari (bronchiectasie e fistole bronchiali);

4) Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare (resezione dell'apice polmonare, pneumotorace artificiale, toracoplastica extrapleurica, pleuropneumolisi, frenicotomia, condrectomia);

5) Trattamento chirurgico dell'enfisema polmonare;

6) Trattamento delle cisti del polmone (echinococco e cisti dermoidi).

Di ciascun argomento sono con ampiezza trattate le indicazioni, le controindicazioni all'atto chirurgico, e, per le operazioni che, come la maggior parte di quelle che si eseguono nella tubercolosi polmonare, non agiscono direttamente sul focolaio morboso, è specificato il meccanismo d'azione. La tecnica dei vari metodi operatori, le cure preliminari, quelle consecutive, gli incidenti, le complicanze e gli esiti sono svolti in tutti i loro particolari. In ogni capitolo è tenuto conto dei risultati dei più recenti studi pubblicati, come in quello delle ferite polmonari ha la sua parte la grande esperienza fatta durante la guerra.

a. c.

L. DUBREUIL-CHAMBARDEL. *Variazioni delle arterie della pelvi e dell'arto inferiore*. Masson e C.ie, éd., Paris, 1925. Fr. 35.

Lo studio del sistema vascolare mostra l'estrema variabilità di comportamento dei vasi arteriosi, tanto che talora rimane difficile definire quale ne sia il tipo normale.

L'A. raccoglie in questo volume, che fa parte di un trattato sulle variazioni del sistema arterioso, le osservazioni proprie e quelle degli altri Autori in rapporto alle variazioni che possono presentare le arterie della pelvi e dell'arto inferiore.

Il lavoro è di particolare interesse per i cultori dell'anatomia, ma può anche essere di grande utilità per il chirurgo.

G. MATRONOLA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La tubercolosi aviaria nell'uomo.

E. Loewenstein (*Zeitschrift f. Tuberkulose*, v. XLI, n. 1) ha pubblicato fin dal 1905 la prima osservazione di tubercolosi aviaria nell'uomo a cui sono seguite non numerose osservazioni di altri. In questa forma, sono scarse le lesioni macroscopiche, non essendovi evoluzione caseosa, ma piuttosto focolai di necrosi in grande numero. I bacilli sono assai abbondanti e formano nelle sezioni colorate, anche a piccolo ingrandimento, dei piccoli ammassi rossi disseminati alla periferia delle zone di necrosi. Rare sono le cellule giganti; la localizzazione delle lesioni è più frequente alla milza, al midollo osseo ed ai reni.

Scarse indicazioni si ottengono dalla morfologia dei bacilli e dall'aspetto delle culture, che possono essere umide oppure secche. Di solito l'acido-resistenza dei bacilli è minore che per la forma umana o bovina. La virulenza è talvolta nulla per la cavia, pur trattandosi di bacilli virulenti per l'uomo.

La tubercolina della forma aviaria è del tutto differente da quella dei mammiferi, sicchè a scopi diagnostici è necessario fare la prova alla tubercolina con quella aviaria.

Clinicamente, la tubercolosi aviaria ha una manifesta tendenza alla setticemia; nella cavia accade che da ogni goccia di sangue si possa ottenere una coltura. Nell'uomo, si ha frequentemente l'aspetto di tifobacillosi, di paratifi, di setticemie criptogenetiche. Spesso gli accessi febbrili della sera continuano per settimane o mesi, accompagnati da sudori; talvolta i periodi febbrili sono separati da altri di apiressia che durano anche fino ad un anno; al periodo terminale, la febbre diventa continua.

L'assenza di segni polmonari e la presenza abituale di splenomegalia fanno misconoscere spesso tale forma. Le due localizzazioni più frequenti sono al midollo osseo ed ai reni. La prima si manifesta con eritremia febbrile (8-9 milioni di emazie per mmc.) o con leucemia entrambe mortali. I focolai renali non danno grande piuria; si osservano alcuni linfociti ed alcuni polinucleari, ma sopratutto masse considerevoli di bacilli, spesso endocellulari e non sempre patogeni per la cavia. La diagnosi precoce delle forme renali avrebbe grande importanza perchè la tubercolinoterapia aviaria avrebbe dato 2 guarigioni su 3 casi.

La tubercolosi aviaria si osserva spesso oltrechè negli uccelli anche nei porci, nei ratti e nei topi. I casi osservati nell'uomo sarebbero probabilmente da riferirsi ad ingestione di uova provenienti da polli infetti.

fil.

Infezione da paratifo B.

È possibile differenziare, per la sindrome clinica e per il reperto anatomico-patologico le infezioni prodotte rispettivamente dal paratifo B e dal bacillo di Eberth, nettamente, in ogni caso? I vari Autori sono discordi in proposito.

S. Trentini (*Riforma medica*, n. 2, 1925) ricorda che mentre alcuni ritengono che il paratifo B determini una infezione del tutto simile alla tifosa, altri, e sono i più, affermano che costantemente si rinvengono nel paratifo B delle alterazioni, sia macro- che microscopiche, che per localizzazione, o per scarsa manifestazione valgono a differenziarle da quelle che si rinvengono nel tifo. Tali sarebbero: il carattere difterico delle lesioni intestinali, le ulcerazioni scarse, la sede più estesa, la mancanza in genere di alterazioni dell'apparato linfatico intestinale, delle ghiandole mesenteriche e della milza. L'A. illustra un caso di infezione mortale da paratifo B, da ascrivere a quei casi che anatomopatologicamente hanno talora l'identità, talaltra una grande somiglianza colla infezione tifosa, tanto da essere con questa confusi facilmente. Le lesioni per sede, per aspetto macro- e microscopico, apparivano simili a quelle comuni del tifo; l'appendice vermiforme partecipava al processo morboso; esisteva un manifesto tumore splenico ed una manifesta iperplasia glandolare: un quadro insomma sovrapponibile a quello del tipo addominale. Anche clinicamente non sarebbe stato troppo facile differenziare il caso da un vero tifo: esordio con progressivo aumento della depressione generale, ascesa lenta della temperatura, condizioni del sensorio, ecc. Le ricerche batteriologiche (colture della milza in buono stato di conservazione) hanno messo in evidenza lo sviluppo di una sola specie di colonie, che tutte le prove di identificazione dimostrano formate da bacilli del paratifo B. La prova agglutinante del ceppo isolato con sieri agglutinanti (titolo 1:10000) per il tifo, paratifo A, paratifo B, diede il seguente risultato: agglutinazione negativa per tifo e paratifo A a qualunque diluizione; agglutinazione positiva per il paratifo B sino ad 1:8320.

L'infezione determinata dal paratifo B ha, dunque, in alcuni casi, un decorso clinico, e presenta delle alterazioni che permettono di differenziarla dalla infezione determinata dal bacillo di Eberth: in altri casi si può confondere con

questa per la sintomatologia, e per la perfetta identità delle alterazioni. La diagnosi quindi di infezione da paratifo B deve necessariamente fondarsi, data la insufficienza dei soli dati clinici ed anatomo patologici, anche sulla ricerca batteriologica e serologica, le quali sole permettono di concludere in modo certo.

A. PICCINELLI.

Sifilide e malaria.

C. Rubino (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 34, 1924) partendo dal fatto che queste due malattie causate da microrganismi appartenenti allo stesso ceppo parassitario (protozoi), presentano tra loro rapporti nel campo delle reazioni umorali (R. W. positiva nei malarici febbrili o da poco afebbrili) e nel campo della terapia (efficacia curativa della febbre malarica provocata nella paralisi progressiva; e del trattamento della malaria con gli arseno-benzoli) ha fatto due serie di ricerche, i cui risultati ha presentato come nota preventiva data la scarsezza di malarici che a Genova ha potuto fare oggetto di studio.

Colla 1ª serie di ricerche egli ha osservato che gli stromi dei globuli rossi di sange di recidivi malarici febbrili o da poco afebbrili deviano il complemento nella R. W., agiscono cioè da reattivo antigeno. Questa proprietà è stata controllata servendosi come antigeno dell'estratto alcoolico di fegato eredo-luetico.

In alcuni casi è stata provata la reazione precipitante di Porges, con risultati concordanti.

L'A. continua le ricerche per vedere se lo stesso potere antigeno, e in che grado, hanno gli stromi di globuli rossi in genere (per il loro contenuto in proteine e lipoidi) di sani e di ammalati, di uomini e di animali.

Colla 2ª serie di ricerche l'A. ha voluto applicare il trattamento dei nuovi preparati di bismuto nella cura della malaria, e ha fatto oggetto di esperimento le forme di recidive malariche chinino-resistenti. Nelle limitate ricerche che egli ha potuto fare, servendosi particolarmente dell'arseno-bismutato di sodio, ha osservato che questi preparati dimostrano di possedere talvolta virtù terapeutiche dirette, tal'altra di agire come mobilizzatori del plasmodio e di rendere allora efficace l'azione della chinina anche in dosi piccole.

TERAPIA.

La psicaina: un nuovo anestetico locale.

Si tratta di un tartrato acido di un isomero artificiale della cocaina, prodotto dalla Casa Merck. È solubile in acqua, e la soluzione non si altera per una breve ebullizione. È necessario però aggiungere un poco di acido salicilico per impedire la formazione di muffe.

Il valore anestetico è press'a poco lo stesso della cocaina naturale, ed anche la tossicità del nuovo alcaloide è uguale a quella della cocaina; ma poichè sembra che esso produca più lentamente lo stato di eccitazione e di deliquio, il suo uso può essere indicato nelle persone sensibili. La psicaina rientra pertanto nel numero delle droghe pericolose.

Tali dati, desunti da esperimenti di A. Copeland ed E. Watson-Williams (*The Brit. Med. Journ.*, gennaio 1925) dimostrerebbero che tale anestetico artificiale non presenta vantaggi pratici straordinari per essere preferito alla cocaina.

M. FABERI.

La morfina negli interventi chirurgici.

Secondo Hare la morfina deprime il cervello ed eccita il midollo. Le forti dosi rallenterebbero il polso e aumenterebbero la pressione sanguigna. Le dosi deboli non deprimerebbero il centro respiratorio. Ripetute per vari giorni provocherebbero facile vomito.

L'A. ha proposto a 100 chirurgi un questionario sull'uso della morfina, ottenendo le seguenti risposte.

I più usano la morfina come coadiuvante dell'anestesia, nella dose di ctgr. 1-1.5. Generalmente non l'usano nei bambini.

Dopo l'intervento molti non usano morfina, parecchi invece, per uno o due giorni, ne danno 1 ctgr. ogni 4 ore circa. Tale uso non sembra danneggiare i reni, nè i polmoni, nè lo stomaco: talora però favorisce il vomito.

Tutti sono d'accordo che è innocuo per la funzione circolatoria. Un uso postoperatorio cauto della morfina non provoca morfinismo.

I pericoli a temere dall'uso postoperatorio della morfina sono il meteorismo, l'ileo paralitico. Taluno non l'usa nei casi con ittero, temendo l'anuria. Fatti di idiosincrasia (debolezza, eccitamento) sono rari e non pericolosi.

(M. Slocum. *Journ. A. M. A.*, 25 aprile 1925).

DORIA.

L'adrenalina negli accessi di Adams-Stokes.

I. Parkinson e C. Curtis Bain (*Lancet*, 1924, p. 311), considerando che l'adrenalina è capace di accrescere indipendentemente la frequenza auricolare e ventricolare, e di ridurre il blocco auricolo-ventricolare, e che già era stata adoperata con successo per ridurre di frequenza e di gravità gli accessi sincopali del morbo di Adams-Stokes, l'hanno usata in un uomo di 44 anni, nel quale si era improvvisamente presentata una sindrome

di Adams-Stokes con frequenti accessi sincopali. Nell'anamnesi non vi era sifilide nè reumatismo, nè altre infezioni.

La malattia decorse in tre periodi: nel primo vi fu blocco incompleto, con frequenti accessi sincopali; nel secondo blocco completo, senza gravi accessi; nel terzo blocco incompleto, con accessi sincopali frequentissimi e gravi.

Seguì la guarigione. Nel primo, e specialmente nel terzo periodo, dosi ripetute di mezzo milligrammo di adrenalina per iniezione, aumentarono la frequenza ventricolare, diminuirono o abolirono transitoriamente il blocco, e scongiurarono il grave pericolo, corso dall'infermo, specie nel terzo periodo della malattia. DORIA.

Fenomeni tossici per dosi minime di antipirina.

E' noto che l'antipirina può dare in alcuni soggetti dei fenomeni tossici e sono noti i casi del Posadsky, Hayem, Rapin e Lewin. Tutti però parlano di dosi piuttosto alte: 1-2 grammi (anche 0.20 in un bambino malato di influenza).

Il Menzani nel *Bollettino delle Scienze mediche* (Serie X, vol. II, 1924) riferisce sulla grave sindrome tossica sviluppatasi in una donna, convalescente di influenza, che aveva fiutato una quantità minima di farmaco e poscia introdotto nel naso un tamponcino intriso di polverina, per frenare una epistassi.

L'epistassi si arrestò all'istante, ma dopo mezz'ora la paziente ebbe brivido, vomito, sudore profuso, estremità fredde e cianotiche, perdita di coscienza e qualche scossa clonica degli arti. Tolto subito il tampone localmente si notò una profonda e vasta ulcerazione, indi sopravvenne eruzione penfigoide diffusa a tutto il corpo, con edema vasto e profondo all'ipocondrio destro. La paziente ne guariva dopo 2 giorni.

Il Menzani volle saggiare a scopo sperimentale la tolleranza gastrica dell'antipirina al soggetto in parola: gli stessi fenomeni di intolleranza si sono ripetuti con 5 centigrammi: dopo 8 giorni con 3 centigrammi si ebbero più lievi. Nessun disturbo si provocò con 1 ctg. PERSIA.

Sintomi d'intolleranza alla chinidina.

Possono essere generali (vomito, cianosi, anoressia, ansietà, dispnea, dolori addominali e diarrea) ed anche locali sul cuore (palpitazione, aumento di frequenza del polso, fenomeni di collasso e sincope).

A. Bullrich (*Semaña medica*, 16 ottobre 1924) ne illustra un caso di un uomo di 64 anni, che soffriva di dolori a tipo anginoide e dispnea da sforzo. Mediante l'elettrocardiogramma, si è potuto dimostrare che, in seguito alla somministrazione di chinidina, si aveva diminuzione dell'eccitabilità cardiaca e bradicardia notevole, senza perturbamenti della conducibilità della fibra cardiaca.

L'uso della chinidina allungherebbe il periodo refrattario del muscolo cardiaco. *fil.*

Le cause della intossicazione da calomelano.

Si ammette ancora da molti che le intossicazioni da calomelano somministrato a scopo purgativo siano da attribuirsi alla parziale trasformazione che esso subisce nello stomaco in sublimato corrosivo. Osserva invece R. Benigni(*Boll. della Società Eustachiana*, 1924, n. 6) che per trasformare il calomelano in modo da aversi del mercurio libero od un sale dissociabile di esso, sono necessarie soluzioni di acido cloridrico ben più forti di che si trovano nello stomaco (almeno del 5-10 %) e una temperatura assai più elevata di 38°.

Tenuto conto che il calomelano è facilmente decomponibile dagli alcalini, è più ovvio pensare che esso trovi nel contenuto intestinale, a reazione alcalina, le condizioni necessarie per dare un sale dissociabile. Oltre la presenza di alcali, che è indispensabile, è necessario tener conto anche di un altro fattore e cioè della quantità di sostanze albuminoidi presenti nel miscuglio. Quando, in liquidi discretamente alcalini, si ha poca albumina, si avvera una maggior decomposizione del calomelano che non in liquidi fortemente alcalini con molta albumina. Anche le esperienze fatte in vivo dimostrano che la presenza di dosi elevate di albumina impedisce la formazione di composti dissociabili di mercurio.

I fenomeni tossici che talvolta si osservano col calomelano sono dunque in rapporto con aumentata alcalinità del succo enterico o con la diminuzione in esso dei proteici e, comunque, con una rottura di equilibrio fra alcali e proteici nell'intestino, per cui viene a determinarsi formazione di prodotti dissociabili e quindi di mercurio-jone, assorbibili in quantità notevole e con sufficiente velocità di assorbimento. *fil.*

L'associazione del calcio con la digitale.

Il calcio, medicamento simpaticotonico, è stato utilizzato fin dal 1916 da Loewy per rinforzare l'azione della digitale. Si è preconizzata questa associazione per il trattamento della miocardite cronica. Inoltre, il calcio agisce come gli estratti tiroidei e sembra che aumenti la diuresi digitalica. Si può associare il calcio alla digitale in due modi: sia sotto forma di una soluzione di cloruro di calcio al 10 % in iniezioni endovenose da 5-10 cmc., sia in compresse contenenti ciascuna 25 mg. di polvere di digitale e 20 cg. di lattato di calcio.

Questa forma di somministrazione consigliata da Nathorff (*Therapie der Gegenwart*, ottobre 1924), permette agevolmente di dare la digitale alle dosi desiderate. *fl.*

SEMEIOTICA.

Stadi di sviluppo e processi sessuali in rapporto all'otosclerosi.

Per C. Stein (*Wiener klinische Wochenschr.*, n. 4, 1925), l'otosclerosi è una malattia a carattere costituzionale. Essa è in rapporto con una anomalia costituzionale della capsula dell'orecchio interno e dell'orecchio interno membranoso. L'autore studiò 125 pazienti affetti da otosclerosi riscontrando tra essi con maggior frequenza il sesso femminile (68 %). La malattia si manifestò nel 27 % dei casi prima dei 20 anni. Sia l'inizio della malattia sia il decorso di essa sono in rapporto evidente con processi dello sviluppo sessuale. La malattia si inizia molto spesso all'epoca della pubertà nelle donne che presentano anomalie mestruali; in queste donne la malattia assume anche un decorso più grave che non nelle donne a mestruazione regolare. Spesso la malattia si inizia durante una gravidanza; la gravidanza aggrava sempre la malattia quando essa già esiste. Talvolta una sola gravidanza può compromettere gravemente la funzione dell'orecchio, altre volte ogni successiva gravidanza aggrava le condizioni, mentre il termine della gravidanza è seguito da un miglioramento. Sono prognosticamente sfavorevoli quei casi in cui le manifestazioni morbose a carico dell'orecchio compaiono già all'inizio della gravidanza ed in cui si manifestano precocemente sintomi obbiettivi a carico dell'orecchio interno. L'otosclerosi raramente si inizia, spesso si aggrava nel climaterio.

Anche per il sesso maschile si possono dimostrare rapporti tra otosclerosi e influenze sessuali. Gli ammalati di otosclerosi, molto spesso presentano i caratteri della nevrastenia sessuale; tanto gli uomini quanto le donne ammalate di otosclerosi nei rapporti sessuali spesso hanno usato delle misure per impedire la concezione.

POLL.

L'importanza dello studio del nistagmo.

C. Berens (*New York State Journal of Medicine*, dicembre 1924) osserva che l'accurato studio del nistagmo e l'uso delle prove per la produzione del nistagmo artificiale ci forniscono importanti informazioni sulla diagnosi e sulla prognosi del nistagmo e consiglia quindi gli oftalmologi, gli otologi, come i neurologi ed i chirurghi ad impratichirsi nell'esecuzione di tali prove.

Le prove vestibolari per la produzione del nistagmo sono di notevole valore per lo studio delle paralisi oculari e del nistagmo spontaneo, che è apparentemente di origine non oculare. Lo stimolo del tratto vestibolo-oculare può essere di grande valore per il trattamento della paralisi oculare.

Le prove vestibolari e lo studio del nistagmo sono anche di grande sussidio per il neurologo nella diagnosi delle lesioni cerebello-pontine, per la differenziazione delle lesioni del labirinto da quelle cerebellari ed anche per la localizzazione delle lesioni nelle fosse anteriore, media e posteriore. Il nistagmo si osserva anche in varie malattie nervose ed il neurologo deve dunque saperlo riconoscere, identificando anche il tipo.

Per l'otologo, il nistagmo ha significato per la differenziazione delle lesioni dell'orecchio medio da quello interno e per la diagnosi di estensione delle lesioni labirintiche. Si possono, con esso, differenziare le lesioni labirintiche da quelle retrolabirintiche e le affezioni organiche da quelle funzionali. *fl.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sterilizzazione e stabilità della morfina. — Al dottor B. B.:

Per sterilizzare le soluzioni di cloridrato o di solfato di morfina s'impiega il riscaldamento a 100° C., per la durata di 15'-20', in vapore fluente, oppure in bagno d'acqua bollente (si badi che la soluzione da sterilizzare sia completamente immersa); nella pratica corrisponde bene anche la semplice ebollizione. Per maggiore sicurezza il trattamento si ripete 2-3 volte, a distanza di un giorno.

Il riscaldamento sopra 100°, in autoclave, è da proscrivere, perchè altera l'alcaloide.

I recipienti (flaconi o fialette) devono essere precedentemente asettizzati. Importa che siano di vetro duro (Jena o Burano), perchè altrimenti l'alcali del vetro passa in soluzione e sposta l'acido del sale della morfina, mettendo in libertà l'alcaloide, che intorbida la soluzione perchè insolubile. Questo intorbidamento non ha nulla da fare con la produzione di apomorfina. Esso pregiudica poco l'efficacia del rimedio; deve evitarsi più che altro per ragioni estetiche.

Hamberg consiglia tutta una serie di precauzioni: dissolvere i sali di morfina in acqua distillata bollente, affinchè l'acqua stessa sia libera dell'ammoniaca e degli acidi nitrico, nitroso e fosforico che assorbe lentamente dall'aria (importa sovratutto di eliminare l'ammoniaca, la quale, come tutti gli alcali, sposta e fa precipitare l'alcaloide); filtrare la soluzione attraverso carta

bibula pura e lavata ma precedentemente non imbevuta; conservarla in recipienti di vetro duro ed all'oscurità.

Soluzioni esposte all'aria, anche per breve tempo, possono essere invase da confervacee, che attaccano la morfina: indeboliscono e intorbidano la soluzione.

L. V.

VARIA.

La diagnosi di pleurite nell'antichità classica.

Fra le diverse affezioni dell'apparecchio respiratorio, gli antichi distinguevano tre modificazioni principali, la tisi del polmone, la pleurite e la peripneumonite; anche l'empiema era una complicazione frequente ben conosciuta. Per la diagnosi, però essi, mancanti dell'arsenale moderno dovevano basarsi soltanto sopra le osservazioni apprezzabili dai sensi e sulla descrizione dei minimi sintomi funzionali. E da questi hanno tratto tutto il partito possibile senza però arrivare a stabilire dei limiti netti in malattie che chiamavano con nomi differenti.

Come osservano M. Piery e J. Roshem (*Paris médical*, 17 gennaio 1925) la pleurite era riconosciuta dagli antichi per il grande sintoma obbiettivo che la domina, il dolore puntorio da un lato. È evidente che, su tale base, venissero quindi confuse la pleurite e la pneumonite sebbene l'esistenza di due diversi nomi faccia comprendere che doveva esistere qualche differenziazione dei due processi. Sembra che il nome di pleurite fosse riservato ad ogni specie di versamento; forse anche, i due nomi indicavano due gradi differenti di congestione polmonare. La peripneumonite sarebbe inoltre caratterizzata, secondo gli autori antichi, dalla presenza di sputi rugginosi, che però si trovano anche in una descrizione della pleurite. La scarsezza di cognizioni anatomiche degli antichi rende difficile precisare la localizzazione anatomica nelle loro descrizioni.

Ippocrate dà una descrizione della pleurite, in cui compaiono il dolore puntorio da un lato, la febbre, la dispnea, l'espettorazione bianca, la piccola crisi delle pleuriti acute verso la quartaquinta settimana. Ma è certamente malagevole fondare una diagnosi precisa soltanto su queste indicazioni. Areteo (medico greco vissuto verso la fine del 2° secolo di Cristo) nel segnalare i sintomi della pleurite, parla del vermiglio alle guance e degli sputi che possono essere rossi od assai sanguinolenti, sicchè anche la sua descrizione si presta a confusione con la pneumonite. La mancanza dei segni dati dall'ascoltazione non permette una identificazione precisa. Eppure Ippocrate aveva sentito la necessità di ascoltare i rumori del petto, tentando di differenziare l'idrotorace dai versamenti purulenti per mezzo dell'ascoltazione che farebbe sentire nel primo caso come un rumore di « aceto bollente ». Asserzione evidentemente erronea, in quanto che si tratta probabilmente di rantoli crepitanti. Invece nettamente descritto sembra lo sfregamento pleuritico là dove dice che il malato affetto da pleurite risente un peso al petto, dei dolori acuti e fa sentire un rumore « come di cuoio ». Ad Ippocrate va ancora attribuito il rumore di succussione che va ancora sotto il suo nome e che egli riteneva come un segno dei versamenti pleurici, mentre oggi sappiamo che, per la sua produzione, è necessaria la contemporanea presenza di gas.

Bisognava arrivare fino al secolo XVIII perchè i metodi di ascoltazione e di percussione permettessero diagnosi più precise. I criteri di cui si servivano gli antichi per fare le loro diagnosi ci sembrano oggi incerti e fragili, forse anche perchè noi non li conosciamo che attraverso documenti scritti privi del calore e della luce che emanavano dallà loro pratica e dal loro insegnamento orale. E, del resto, i segni funzionali, su cui essi fondavano tutta la diagnosi, un tempo troppo negletti, tendono oggi a ritornare in onore.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FANTELLI ANTONIO. *Le stigmate professionali e gli stati morbosi propri dei lavoratori dei graticci e dei legacci per covoni.* — Milano, Antonio Cordani, 1922.

FILARDI ROCCO. *Un altro caso di pustola maligna trattata e guarita col solfato di rame.* — Napoli, Enrico Muca, 1922.

FONTANA ARTURO. *Sullo stato attuale delle nostre conoscenze intorno all'eziologia dell'« Herpes febrilis e genitalis ».* — Torino, Silvestrelli e Cappelletto, 1922.

FRANCO ENRICO E. *Etudes sur les leishmanioses.* — Lisboa, Imprencia Nacional, 1921.

ID. *Contribuzione alla conoscenza dell'anatomia patologica della Leishmaniosi cutaneo-mucosa od americana.* — Torino. S. Lattes e C., 1922.

ID. *Leishmaniosi viscerale dell'adulto (Kala Azar).* — Lisboa, Imprensa Nacional, 1922.

FRANCO E. e BORGES J. *Sur la sarcosporidiose bovine.* — Lisboa, 1915.

FRANCO E. *Le alterazioni spleniche nella Leishmaniosi infantile.* — Napoli, N. Jovene, 1922.

ID. *Anatomia patologica della Leishmaniosi infantile.* — Lisbona, Officina Grafica Bibl. Nacional, 1922.

FRANK CASIMIRO. *Ulteriori studî sopra i due nuovi nuclei nel mesencefalo dell'uomo.* — Napoli, F. Giannini e F., 1921.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Nuove norme per il trattamento di riposo.

Il R. D. 27 maggio 1923, n. 1177 fece obbligo alle amministrazioni degli enti locali di riformare « le norme relative al trattamento di riposo per ridurre questo nei limiti stabiliti per gli impiegati governativi, intendendosi annullati, anche per le istituzioni pubbliche di beneficenza, i regolamenti posteriori all'entrata in vigore del R. D. 19 settembre 1899, n. 394, nella parte che contravvengono al divieto fatto dall'art. 65 lett. *d*) del decreto stesso (ora art. 91 lett. *g*) del regolamento approvato con R. D. 12 febbraio 1911, n. 297).

Furono, quindi, dichiarate nulle le disposizioni di regolamenti organici, deliberazioni, ecc., concernenti indennità e pensioni più favorevoli di quelle stabilite per i funzionari governativi, qualora fossero state approvate posteriormente al R. D 19 settembre 1899, n. 394.

Ma il R. D. 16 aprile 1925, n. 533, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 6 maggio n. 105, ha temperato gli effetti dell'art. 1° lett. *b*) del decreto 27 maggio ed ha disposto così: « Entro tre mesi dalla pubblicazione del presente decreto, le amministrazioni delle provincie, dei comuni e delle istituzioni pubbliche di beneficenza *potranno rivedere* le norme relative al trattamento di riposo del personale contemplate *nell'ultima parte dell'art. 1° lett. b) del R. D. 27 maggio* 1923, *n.* 1177, *al fine di richiamarle in vigore in tutto o in parte*, esclusivamente a favore del personale regolarmente nominato ai posti di organico non oltre l'entrata in vigore del citato decreto 27 maggio 1923, n. 1177.

« Tali deliberazioni sono soggette all'approvazione della G. P. A., la cui decisione sarà pubblicata per otto giorni rispettivamente all'albo del Comune o della Provincia, a seconda che trattasi di amministrazioni comunali o di istituzioni pubbliche di beneficenza ovvero dell'amministrazione provinciale e potrà essere impugnata anche in via gerarchica da qualunque contribuente ».

Sicchè, le amministrazioni degli enti locali hanno *facoltà* (non obbligo) di revocare le deliberazioni che abbiano modificato, riducendolo, il trattamento di pensione già stabilito in misura più favorevole di quella fatta agli impiegati dello Stato e, conseguentemente, possono richiamare in vigore in tutto o in parte le disposizioni che l'art. 1° lett. *b*) del decreto 27 maggio 1923 dichiarò senz'altro nulle.

Però, mentre la riduzione fu obbligatoria, la correzione è facoltativa. Comunque, è opportuno che gli interessati ne facciano domanda per ottenere che i diritti quesiti, lesi da provvedimenti approvati in forza del decreto 27 maggio, agli effetti della pensione, siano reintegrati.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLII. — Norme regolatrici del licenziamento nel caso di soppressione di alcune fra più condotte distinte.

Il Comune di Falconara Marittima soppresse una delle condotte ostetriche e licenziò la levatrice titolare della condotta stessa, a norma dei decreti 27 maggio 1923 n. 1177 e 24 settembre 1923 n. 2073.

La interessata ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale e dedusse, fra altro, che non erano state osservate le norme stabilite dai decreti suddetti agli effetti della dispensa dal servizio, perchè avrebbe dovuto essere licenziata la levatrice titolare di un'altra condotta, la quale aveva raggiunto i limiti di età previsti dall'art. 4 del decreto 25 gennaio 1923 n. 87, richiamato nell'art. 1° del decreto 24 settembre 1923.

Si doveva quindi decidere se, essendo più le condotte, dovesse essere dispensata dal servizio la levatrice titolare della condotta soppressa o fosse invece necessario osservare le norme di preferenza stabilite dall'art. 1° del citato decreto, 24 settembre 1923.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 24 aprile-22 maggio 1925, ric. Govoni, ha dichiarato preliminarmente ammissibile il ricorso anche per la parte concernente la riforma dell'organico, confermando così la nuova giurisprudenza in contrasto con quella che era stata prima seguita dalla IV Sezione del Consiglio di Stato e che, in varie occasioni, avevamo noi criticato perchè contraria all'art. 4 del R. D. 27 maggio 1923.

Si può, quindi, ormai considerare assodata la competenza del Consiglio di stato a conoscere dei ricorsi contro provvedimenti di riforma e di dispensa dal servizio a norma dei famosi decreti straordinari per la revisione degli organici.

Circa la questione di merito la V Sezione ha osservato che dal Capitolato per le condotte ostetriche del Comune di Falconara Marittima risulta che « esistevano quattro condotte indipendenti fra loro; delimitate con precisione, le cui titolari venivano nominate per ogni singola condotta con

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

stipendi in parte diversi ». Sicchè, soggiunge la decisione, « è ovvio come ogni condotta ostetrica rappresentasse un posto per sè stante, la cui esistenza non doveva nè poteva avere influenza sulla posizione giuridica delle titolari delle altre condotte e la cui soppressione, quindi, doveva riflettere unicamente la persona della ostetrica che tale posto occupava ».

Ciò posto, essendo stata soppressa la condotta di Fiumesino, doveva essere licenziata la titolare di essa e non si doveva esaminare la condizione delle titolari delle altre condotte.

Questa risoluzione è importante perchè, da un punto di vista di massima, riguarda tutti i casi in cui le condotte per l'assistenza sanitaria o, in genere, gli uffici dello stesso gruppo o della stessa categoria siano considerati nel capitolato distintamente gli uni dagli altri. In tal caso, secondo la decisione del Consiglio di Stato, deve essere dispensato l'impiegato che occupa il posto soppresso indipendentemente da qualsiasi valutazione delle qualità e delle condizioni soggettive ed oggettive inerenti agli altri impiegati dello stesso gruppo o della stessa categoria, ai quali sia assegnata altra condotta o competa comunque un posto distinto.

Ma la risoluzione a noi non sembra corretta perchè l'ultimo comma dell'art. 1 del R. D. 24 settembre 1923, regolando le dispense per soppressione di posti e riduzione di organici, non fa distinzione alcuna e, invece, tassativamente dispone che « per tali dispense si osserveranno, in quanto siano applicabili, le norme stabilite negli art. 1, 2, 3, 4, del R. D. 25 gennaio 1923, n. 87 e le persone appartenenti alle categorie indicate nell'art. 3 del R. D. 28 gennaio 1923 saranno preferite per il mantenimento in servizio, salve le eccezioni nell'articolo stesso previste ». Sono quindi stabilite norme speciali per disciplinare la dispensa degli impiegati dello stesso gruppo e della stessa categoria quando siano soppressi soltanto alcuni dei posti.

XLIII. — Revoca dell'autorizzazione all'apertura di una casa di salute.

Un decreto col quale il Prefetto revochi l'autorizzazione già da lui concessa per l'apertura di una casa di salute è provvedimento di natura eminentemente discrezionale, quantunque impugnabile in via gerarchica al Ministero dell'Interno.

Il decreto ministeriale, emesso sul gravame gerarchico contro il decreto prefettizio, può essere denunziato al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale per motivi di legittimità e quindi anche per eccesso di potere, compreso in questo il travisamento di fatto, cioè la discordanza assoluta tra i fatti addotti a base del provvedimento con le risultanze degli atti della causa (Consiglio di Stato Sez. V. Decisione 1° gennaio 1925 n. 3).

XLIV. — Licenziamento motivato ma senza carattere disciplinare.

Non si può ritenere che contenga un licenziamento larvato, effettivamente determinato da motivi disciplinari senza l'osservanza della procedura stabilita dalla legge, la deliberazione di licenziamento per fine del periodo di prova, la cui motivazione non contenga accuse specifiche e circostanziate, tali da poter formare oggetto di procedimento disciplinare, ma un semplice accenno in termini generali alla trascuratezza del disimpegno delle mansioni di ufficio e alla inosservanza dell'orario in rapporto alla constatazione che l'impiegato non abbia il favore della popolazione e particolarmente dell'Amministrazione comunale.

Consiglio di Stato, Sez. V. Decione 16 gennaio 1925 n. 25.

XLV. — Trattamento di pensione comunale.

È noto che l'art. 91 lettera G) del Regolamento 12 febbraio 1911 n. 297 vieta ai Comuni di fare ai propri impiegati un trattamento di pensione più favorevole di quello che è stabilito per gli impiegati dello Stato. Anzi, l'art. 1° lett. D) del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177 dichiarò, senz'altro, nulle tutte le disposizioni concernenti un trattamento più favorevole, stabilito posteriormente al R. D. 19 settembre 1899 n. 394 che prescrisse appunto per la prima volta il divieto del trattamento più favorevole.

È detto in altra nota pubblicata in questa rubrica che il decreto 16 aprile 1925 n. 533 ha dato facoltà alle amministrazioni degli enti locali di richiamare in vigore in tutto o in parte le disposizioni annullate in forza dell'art. 1° del decreto 27 maggio 1923. Fare, disfare, e poi rifare: gli interessati, però, ne risentono i danni talvolta irreparabili.

Qui vogliamo segnalare la decisione 9 gennaio 1925 n. 2 della IV Sezione del Consiglio di Stato, la quale ha dichiarato che il divieto dell'art. 91 lett. G), è assoluto e inderogabile: eccettuato, si intende, il caso previsto dal decreto 16 aprile 1925 n. 533; ma ha ammesso che, annullata la liquidazione della pensione, perchè illegittima a norma dell'art. 91 lett. G), si deve annullare anche il collocamento a riposo, poichè in tanto l'impiegato si indusse a fare domanda per la cessazione del servizio in quanto erano stabilite condizioni più favorevoli per la liquidazione della pensione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

III Congresso nazionale d'igiene.

(Sardegna, 5-14 giugno 1925).

Nelle due città sorelle della forte e generosa isola, si è svolto questo Congresso che si è occupato particolarmente dei problemi sanitari più vitali della Sardegna. Numerosi i congressisti; rappresentanti ufficiali di Enti pubblici (Direzione generale di Sanità, Federazione degli Ordini dei Medici, Servizio sanitario delle Ferrovie, Cassa di Assicurazioni sociali, ecc.), capi di uffici di igiene, molti igienisti e medici che hanno approfittato dell'occasione per visitare con le famiglie la simpatica isola che troppi italiani hanno il difetto di non conoscere. Numerosi i ricevimenti, spontanea ed indimenticabile la cordialità dei colleghi e dei cittadini, ottima l'impressione riportata dai congressisti, i quali hanno anche avuto occasione di ammirare la pulizia e l'ordine delle abitazioni persino delle più umili, anche dei così detti « sòttani », unica stanza a pianterreno in cui vive tutta una famiglia. Pulite anche le strade dei quartieri popolari che in altre città si vedono in condizioni deplorevoli, pulite ed ordinate le umili abitazioni dei piccoli paesi. Le vibranti parole con cui i proff. Vivante e Sclavo hanno rilevato questo stato di cose, sono state caldamente applaudite perchè erano realmente nel cuore di tutti i presenti, che per la prima volta mettevano il piede in Sardegna.

Neri. — *Le condizioni igienico-sanitarie della provincia di Cagliari.* — La Sardegna, per il numero di riformati alle leve militari, supera la media delle altre regioni d'Italia. Principali motivi di riforma sono la deficienza di statura, la debolezza di costituzione, l'oligoemia; ciò dimostra che la popolazione giunge ai 20 anni attraverso durissime prove che nuocciono grandemente allo sviluppo fisico, specialmente per la triade morbosa che affligge la Sardegna: il tracoma, la tubercolosi, la malaria. Grande è la diffusione del tracoma, che trova maggiormente il suo sviluppo in causa del denso affollamento in case ristrette e malsane. A questa causa è legata anche la diffusione della tubercolosi, per la quale, al contrario di altre regioni d'Italia, si ha aumento di mortalità, specialmente nei bambini. Contribuisce a preparare il terreno alla tubercolosi anche la malaria, assai diffusa. Urge pertanto provvedere per la lotta contro queste malattie, portando la propaganda igienica negli ambienti scolastici e provvedendo alle necessarie opere edilizie.

Fra i diversi interlocutori sull'argomento, Pinna mette in rilievo che i provvedimenti di profilassi antimalarica non corrispondono sufficientemente in pratica se non sono associati alla bonifica umana; tanto è vero che, in provincia di Cagliari, ad onta delle misure profilattiche, numerosi sono i focolai di malarici febbricitanti e cronici che si osservano nel periodo invernale, nei piccoli centri abitati. Propone inoltre che, per le speciali condizioni in cui si trovano gli abitanti dell'isola, si organizzino meglio i servizi di profilassi, facendo convergere ad un unico Ente direttivo per l'intiera isola tutte le istituzioni e le energie che si occupano della profilassi delle tre malattie che più l'affiggono: la tubercolosi, la malaria, il tracoma.

Piras. — *L'approvvigionamento idrico nei Comuni della Sardegna.* — Tristi sono le condizioni della Sardegna per quanto riguarda l'approvvigionamento di acque potabili; pochi sono i comuni provvisti di acquedotti, non tutti neanche in buone condizioni, taluni con quantità di acqua irrisorie (10-30 litri per abitante). Ciò è dovuto alle particolari condizioni dell'isola, mancante di riserve idriche, con fiumi a carattere torrentizio, con piogge scarse (400-600 mm.) ed inegualmente distribuite nelle stagioni, con terreni per lo più del tutto impermeabili (60 %) e solo in piccola parte (8 %) bene permeabili.

Scarso affidamento si può dunque fare sulle sorgenti ed è meglio pensare a costituire delle riserve idriche artificiali. Vi sono progetti per 40 laghi artificiali, di cui alcuni già costruiti od in corso (Tirso, Coghinas) per una capacità di un miliardo di mc. Con le odierne conoscenze di tecnica igienica, si può in tal modo fornire un'acqua irreprensibile. Urge completare l'opera che rappresenta un problema igienico ed economico non solo sardo, ma anche italiano.

R. Binaghi. — *L'assistenza pubblica in Sardegna.* — Vi sono, in Sardegna, venti forme di assistenze ospedaliere e sanatoriali, 19 dispensari antitubercolari, 229 ambulatorî antimalarici, 53 antitracomatosi, 10 colonie marine e 10 montane, 221 delegazioni della Croce rossa italiana, 2 associazioni della Croce verde, 1 pronto soccorso, 160 asili infantili, 7 ricoveri di mendicità, 1 istituto per ciechi, 1 per sordomuti, con un totale di 1486 istituti di assistenza. È soprattutto necessario risolvere il problema della casa, per il quale il Monte di Pietà ha redatto un ingegnoso progetto che porterà alla costruzione di un gran numero di case popolari igieniche.

Sulla *mobilitazione igienica nazionale*, hanno riferito tre presidenti di Sezioni.

Piazza *(Sicilia)*. — Ha raccolto a fatica molte notizie sanitarie e demografiche sulla Sicilia, mettendo in rilievo le condizioni poco buone di molti comuni. Da segnalarsi la grande attività propagandistica dell'O. che, fra l'altro, pubblica a proprie spese un bollettino bimestrale in cui diffonde al popolo i principî fondamentali dell'igiene.

Nardelli *(Lazio)*. — Fa rilevare la notevole diffusione del vinismo e della malaria nella provincia di Roma e l'insufficienza degli acquedotti nei sin-

goli comuni; scarse sono, al di fuori dei grandi centri, le malattie veneree. Grande attività spiega il Comune di Roma per la propaganda igienica nelle scuole. Sarebbe desiderabile che si intensificasse la lotta contro la tubercolosi e la malaria.

CASAGRANDI (*Padova*). — Fervida e notevole l'attività della Sezione diretta da Randi e dall'O. In tutti i comuni si sta ora cambiando la fognatura, si costruiscono acquedotti, si lavora per la lotta antitubercolare, per la propaganda di igiene sociale e del lavoro, per la protezione della maternità. Sono stati istituiti ambulatorî antimalarici modello, che hanno anche portato un contributo allo studio del misantropismo delle anofele, che esiste a Verona, ma non a Padova.

VELLA. — Porta all'Associazione per l'igiene le nuove forze dell'Associazione nazionale combattenti, che intendono dare nella vita civile il loro fervore di vita che ci ha portato alla vittoria. L'Associazione, fin dal 1919, ha concretato un programma di politica sanitaria, che riguarda: 1) la creazione della coscienza igienica; 2) il controllo di quanto fanno le Autorità comunali e governative; 3) la lotta antimalarica ed antitubercolare. Le 5000 sezioni e le 78 federazioni possono largamente fornire individui e mezzi.

*
* *

La seconda parte del Congresso si è svolta a Sassari

La malaria in Sardegna. — Non venne letta la relazione ufficiale, per la mancanza del relatore (FERMI). Sull'opera dell'Ufficio sanitario provinciale di Sassari, informa MARGINESU, soffermandosi sul funzionamento degli ambulatori e sanatori antimalarici, per i quali la costruzione è in buona parte sostenuta da una generosa elargizione del Re.

SCLAVO presenta un apparecchio semplice ed ingegnoso, ideato dal prof. Falleroni, per la cattura delle zanzare; per mezzo di esso, si possono catturare anche da ragazzi numerose centinaia di zanzare.

SENIGAGLIA riferisce sulle spese sostenute dalle Ferrovie di Stato in Sardegna dal 1920 (anno di assunzione) al 1924, per la provvista del chinino (L. 429,274), per le protezioni antimalariche (lire 282,664) e per miglioramenti igienici (L. 2,867,000). Su proposta del prof. Sclavo, il Congresso invia un voto di plauso al Ministro delle Comunicazioni per gli impianti igienici e per i miglioramenti notati nelle varie stazioni della Sardegna.

CANALIS. — *La questione ospedaliera in Sardegna.* — Gli ospedali sono scarsi in Sardegna, non avendosi letti ospedalieri disponibili che nella proporzione di 1.11 ‰, proporzione che è inferiore a quella delle regioni dell'Italia settentrionale, ma superiore a quella della meridionale. Esamina tecnicamente la questione se convenga l'istituzione di grandi o di piccoli ospedali e conclude che, per le particolari condizioni della Sardegna, è bene avere due grandi ospedali, dotati di tutti i mezzi, nei due capoluoghi di provincia, integrati da numerosi piccoli ospedali nei centri più piccoli.

GIANNINI. — *Funzionamento della Cassa nazionale delle Assicurazioni sociali.* — La Cassa dimostra grande attività nel campo dell'igiene, svolgendo un'azione igienico-sanitaria importante. Ha istituito corsi di preparazione igienica per assistenti di fabbrica e per visitatrici dell'infanzia, si è occupata della lotta antitubercolare, allestendo, fra l'altro, delle case di convalescenza per tubercolosi presso i principali centri industriali; si occupa altresì delle bonifiche, delle costruzioni edilizie e dell'orientamento professionale.

SOTGIA. — *Scuola e tracoma.* — Grave e diffuso è il tracoma nella Sardegna: basti pensare che l'O. nel 1920-21 riscontrò nelle scuole di Sassari 744 tracomatosi su 3764 inscritti. La lotta contro tale grave malattia deve essere complessa e specialmente rivolta al fattore *analfabetismo*, inteso nel senso largo e comprensivo di pregiudizio, di ignoranza e di miseria. Nella scuola noi dobbiamo cercare l'ambiente più adatto per tale lotta, per mezzo della propaganda e con l'istituzione di ambulatori scolastici antitracomatosi, dei quali Sassari vanta, a giusto diritto, la priorità.

MARGINESU. — *L'echinococcosi in Sardegna.* — Nella esauriente e lucida relazione, l'O. ha fatto notare la grave diffusione dell'echinococcosi in Sardegna, che è anche maggiore di quanto non appaia dalle statistiche, poichè in certi casi la diagnosi è difficile, soprattutto perchè si tratta di localizzazioni rare (intestino, prepuzio, scroto, mammella, ecc.); il numero dei casi, di fatto, aumenta con l'affinarsi dei mezzi diagnostici; specialmente utile fra questi è l'intradermo-reazione.

La grande diffusione è dimostrata dalla grave infestione degli animali: essa per gli ovini, arriva anche al 75-90 %, per i bovini anche al 100 % (Oristano), mentre per i suini è del 2-20 %. Principale mezzo di diffusione sono i cani, numerosissimi nell'isola.

Per la profilassi, è necessario: 1) ridurre il numero dei cani e far conoscere il pericolo che si può avere vivendo in intimo contatto con tali animali; 2) regolare bene la mattazione, impedendo quella clandestina; 3) sotterrare gli animali morti per malattia a profondità non minore di un metro. Ma soprattutto è necessaria un'attiva opera di propaganda, in modo che si conosca dal popolo quali sono i pericoli dell'echinococcosi e come si possono e si debbono evitare. Una speciale commissione dovrebbe procedere ad un'inchiesta di carattere teorico-pratico, dilucidando anche alcuni punti poco noti nell'eziologia e nella profilassi.

VERATTI e NAZARI. — *La scuola all'aperto.* — Gli OO. chiariscono le finalità e la grande importanza

profilattica e ristoratrice di questa istituzione e propongono la graduale sostituzione delle scuole comunali con quelle all'aperto, non solo nei grandi centri, ma anche nei piccoli comuni. In tale senso, dopo vivace discussione, è stato votato un ordine del giorno.

Molto interessanti ed istruttive sono state le gite e le visite, fra cui menzioneremo quelle alla bonifica di Santa Gilla, illustrata dall'ing. Conti-Vecchi, alle miniere di Monteponi, alla grandiosa diga del Tirso ed alla stazione sanitaria internazionale dell'Asinara.

A. FILIPPINI.

X Congresso dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi italiani.

(Torino, 30-31 maggio 1925).

Il 30 maggio u. s., nella maggior sala dell'Accademia di Medicina, in Torino, ha avuto luogo l'inaugurazione del X Congresso dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi italiani, presieduto dal prof. Montesano Vincenzo di Roma, e del III Congresso della Società italiana per lo studio delle questioni sessuali, presieduto da prof. Baglioni di Roma. Alla presenza delle Autorità politiche, mediche, militari, dei due Consigli direttivi, e di numerosi soci delle due Società, il prof. Vicarelli porse ai convenuti il benvenuto, a nome dell'Accademia di Medicina di Torino, il prof. Cappelli parlò in rappresentanza del rettore dell'Università, il prof. Sacchi portò il saluto della Provincia, il prof. Capasso quello del sen. Leonardo Bianchi e del Gruppo eugenetico di Napoli. Risposero ad essi applauditissimi e pronunciarono i discorsi inaugurali dei due Congressi, il prof. Baglioni e il prof. Montesano.

Nelle ore pomeridiane si tenne la prima seduta dell'Associazione.

Erano presenti: Montesano, Truffi, Verrotti, Terzaghi, del Consiglio direttivo, e i soci Cappelli, Capellini, Chiappini, Fontana, Gallio, Leidi, Martino, Mazzolari, Piccardi, Ramognini, Rebaudi, Sberna, Segre, Stura, Vittone. Hanno inviato la loro adesione Fiocco, Freund, Pasini. Il presidente prof. Montesano, espone l'opera svolta nell'ultimo biennio, comunica le pratiche eseguite ed annunzia prossima la elevazione dell'Associazione ad Ente Morale.

Commemora con nobili ed elevate parole i soci defunti in questo periodo: Gaetano Ciarrocchi di Roma, Florenzo Jaia di Bari, Michele De Amicis di Napoli, e Mario Trossarello di Torino.

Alla fine del resoconto morale, il Presidente chiede un voto di fiducia sull'opera svolta e l'Assemblea approva per acclamazione.

In assenza del tesoriere, vengono presentati i bilanci 1923-24 che l'Assemblea, dopo presane visione, approva.

La Presidenza presenta la relazione della Commissione composta dai proff. Carruccio, Galimberti e Sabella di Roma, per il premio G. B. Locatelli 1924. Fra i 17 lavori presentati è stato giudicato vincitore quello del prof. Lorenzo Morini di Modena.

La proposta di iscrizione dell'Associazione Professionale alla Lega Nazionale contro il pericolo venereo (quota d'iscrizione L. 1000) viene approvata senza discussione.

Il Presidente nomina la Commissione per l'esame dei titoli dei candidati a socio. È composta dai soci Fontana, Piccardi, Segre.

La Commissione compie il suo incarico e vengono accettati i dottori: Artom Mario di Alessandria, Buquicchio Antonio, Brunetti Felice, Cattaneo Luigi, Guasone Giulio, Meineri Pierangelo, Pollano Francesco, Vercellino Luigi di Torino, Gaviati Antonio di Spezia, Pediconi Pio di Roma, Porcelli Rodolfo di Livorno, Tarchini Pietro di Bologna, Travagli Furio di Genova.

Si inizia la discussione su proposte pratiche da farsi alla Lega per raggiungere i suoi scopi, specialmente in rapporto alle funzioni ed al trattamento morale e materiale degli ispettori medici dei dispensari celtici, dei direttori dei comparti dermoceltici o delle sale celtiche e dei medici visitatori.

Sul progetto di legge per il titolo di specialista si delibera la presentazione di un memoriale alla Direzione Generale di Sanità pubblica perchè si senta il parere degli Ordini dei medici e delle Associazioni professionali.

Nella discussione prendono parte Sberna di Firenze, e Segre di Milano.

Il dott. Buquicchio porta il saluto della nuova Associazione Nazionale dei medici visitatori, i sensi di simpatia e gratitudine per l'azione che l'Associazione professionale sta svolgendo e ne chiede l'appoggio, in occasione della presentazione dei desiderati della classe, che verranno trasmessi alla Direzione di Sanità pubblica. Piccardi presenta un ordine del giorno a ciò che l'Assemblea sostenga un miglioramento morale e materiale dei medici dei dispensari, nei riguardi della stabilità e un trattamento uniforme da parte dei Comuni.

L'Assemblea approva.

Sberna riferisce le sue osservazioni come medico visitatore, un anno dopo l'applicazione del nuovo regolamento, notando che la nomina dei medici visitatori specialisti ha fatto notevolmente diminuire il numero delle donne malate, fra le donne ricoverate nelle case.

Porcelli riferisce le sue osservazioni come ispettore nella provincia di Livorno. Anch'egli ha osservato notevoli risultati dovuti a tali visite rigorose, e a cure con arsenobenzoli, gratuite. Propone una cura preventiva con arsenobenzoli endovenosi anche in prostitute non sifilitiche.

Piccardi mentre conviene nell'efficacia delle cure endovenose di arsenobenzoli, e raccomanda al Go-

verno la distribuzione gratuita di essi, si dichiara contrario alla tesi di sottoporre a cure preventive le non luetiche. Circa i rapporti fra medici visitatori e prostitute, per cure a pagamento, sostiene che sia solo permessa quando la donna lascia la casa.

Segre dice che in Francia per sottoporre donne a cure profilattiche di arsenobenzoli, quando non risultino infette, si richiede l'approvazione di almeno due medici specialisti. Sarebbe desiderabile a tale proposito in Italia un voto dell'Associazione.

Il Presidente riassume la discussione e dichiara che la Lega contro il pericolo venereo ha già fatto la proposta al Ministero di distribuire gratuitamente gli arsenobenzoli e di dare l'esenzione del dazio d'importazione, molto elevato, a questi prodotti.

La Lega si è anche occupata delle disposizioni, che si debbono accettare in Ospedale solo i cosidetti casi contagiosi.

Dopo la seduta i congressisti sono stati ricevuti al Municipio alle 17.30. Con tale ricevimento l'Amministrazione straordinaria del Comune ha voluto porgere il saluto ufficiale ai valenti studiosi riuniti per le loro discussioni mediche. Intervennero numerosi congressisti e molti medici torinesi. Essi furono ricevuti nella Sala del Consiglio. Il Municipio era rappresentato dal prof. Abba, dal prof. comm. Bocca e dal prof. Piccardi, direttore del dispensario celtico. Erano presenti anche il prof. Cappelli direttore della Clinica dermosifilopatica, il prof. Fontana direttore dell'ospedale di S. Lazzaro, il prof. Vicarelli direttore della Clinica ostetrica. Il prof. Quarelli a nome dell'Amministrazione comunale rivolse agli ospiti un caloroso saluto e si intrattenne a lodare la loro opera, che ha già portato tangibili e notevoli beneficî alla società. Per i congressisti rispose il prof. Baglioni, ordinario di fisiologia presso la Università di Roma, il quale si rese interprete dell'unanime e cordiale riconoscenza dei colleghi per le buone accoglienze avute dalla città ospitale. Un breve discorso pronunciò anche il prof. Piccardi, che volle rievocare la signorilità ed il patriottismo di Torino, esaltando nello stesso tempo l'opera dei medici che hanno scelto la città quale sede del loro congresso. Gli oratori furono calorosamente applauditi.

31 maggio, 2ª seduta.

Nella seconda giornata si è continuata la discussione sull'articolo 5° dell'ordine del giorno. Il prof. Gallio presenta un ordine del giorno sul servizio dei medici, proponendo miglioramenti nelle retribuzioni, sulla durata delle nomine e nella estensione della giurisdizione loro nelle città secondarie della provincia. Con un 2° ordine del giorno propone modificazioni all'ultimo capoverso dell'art. 18 circa l'ammissione delle prostitute nei locali, in seguito a visita medica, aggiungendo, che nei casi di pareri discordi fra medico di dispensario e medico visitatore la decisione spetti al medico ispettore sifilografo.

I due ordini del giorno sono approvati, dopo discussione, cui prendono parte Porcelli, Cattaneo ed altri.

Tarchini propone: 1) che con le debite cautele, e con tariffe minime, sia permesso ai medici visitatori di curare le donne dei postriboli; 2) che tali cure siano vietate agli ispettori, avendo essi ufficio di controllo. Messe ai voti tali proposte, vengono respinte.

Alla discussione prendono parte Truffi, Cattaneo, Gallio, Sberna. Chiappini propone l'istituzione, per le prostitute regolamentate, di un libretto sanitario, da cui risulti la data dell'infezione e le cure eseguite. La proposta è approvata.

Martino, dal punto di vista igienico, raccomanda che sia combattuto nelle case di tolleranza l'uso degli stupefacenti.

Il Presidente presenta all'Assemblea l'opuscolo di propaganda di un frate che, in Roma, esegue cure dermosifilopatiche, opuscolo comunicatogli da un distinto collega. Presenta pure numerose réclames di medici specialisti e di specialità medicinali segnalategli da un consocio. L'Assemblea delega la nuova Presidenza ad occuparsene. Esaurito l'ordine del giorno, l'Assemblea passa alla votazione del nuovo Consiglio direttivo. Sono nominati scrutatori i soci: Buquicchio, Martino, Ramognini. Per le cariche di Presidente, Segretario e Tesoriere vengono rieletti all'unanimità i proff. Montesano Vincenzo, Terzaghi Roberto, Pecori Giuseppe. A Vice Presidente sono eletti a maggioranza i proff. Piccardi Gerolamo di Torino come rappresentante dei medici dispensari celtici, e Martino Giuseppe come rappresentante dei medici visitatori.

R. TERZAGHI.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Anticoli Corrado (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 18 mag. Età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Esattore Consorziale. Condiz. capitolato sanit. approv. G. P. A. Per uff. san. L. 300; per arm. farm. L. 200; per disag. resid. L. 500. Pov. 1000. Serv. entro 20 gg. Ritrovo villeggiatura.

Bellano (*Como*). *Ospedale.* — Cercasi chirurgo generico; L. 7000, e interessenze (75 % atti operativi; 60 % proventi radiologia; proventi laboratorio; L. 5 al giorno per ogni degente). Esercizio professionale libero. Tre anni di prova. Ospedale di circolo, per 25 Comuni, con 35 letti aumentabili. Rivolgersi all'Amministraz.

Chirignago (*Venezia*). — Scad. 5 luglio. L. 8000 fino a 1000 pov., addiz. L. 5 fino a 1500, L. 10 oltre; indenn. trasp. (L. 3000 se cavallo, L. 2500 se motocicl., L. 1000 se bicicl.); L. 600 uff. san.; L. 100 trasferte; 5 quadrienni dec.; c.-v.

Collesano (*Palermo*). — Scad. 31 lug. Per Scillato. L. 8250, oltre L. 2000 cav.

Crevalcore (*Bologna*). — Scad. 2 lug. Per Caselle e Sammartini. L. 7500 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v.; L. 3000 cav. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

Idria (*Lecce*). — Consorzio. A tutto 10 luglio. Tre condotte: una per Idria città e direzione dell'ospedale; L. 11.000, più L. 600 servizio attivo; due per i comuni consorziati: L. 9000, più L. 3000 mezzo trasporto obbligat. e L. 500 servizio attivo. Rivolgersi Segreteria Comune di Idria.

Manciano (*Grosseto*). — 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 con dieci trienni ventesimo oltre L. 1500 assegno rivedibile; scad. 5 luglio. A domanda sarà inviato avviso integrale.

Orvieto (*Perugia*). — Scad. 10 lug. Per Corvara. L. 8000 oltre L. 600 serv. attivo; c.-v. Chiedere avviso.

Portocivitanova (*Macerata*). — A tutto il 5 lug., due cond., di cui una prevalentem. chirurgica; pov. circa 450 complessivam.; L. 7000 e 3 quadrienni dec., 2 c.-v., L. 1000 cav.; ricostruz. della carriera per serv. prestato in altri comuni. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Qualora i concorrenti fossero meno di tre per ogni conc., è in facoltà del Cons. Com. di dichiararlo nullo.

Portomaggiore (*Ferrara*). — Scad. 14 lug., 3ª cond. del Forese. L. 10,000 compreso ogni assegno o compenso (trasp., ambulat., ecc.); 5 quadrienni decimo. Assegno complement. L. 3000, rivedibile. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10.

Roma. *Ministero degli Esteri.* — Concorso per titoli a capo del Servizio sanitario della Concessione italiana di Tien-Tsin (Cina). Indennità annua di taels 1400. Obbligatoria la laurea in medicina. Richiedesi la conoscenza della lingua inglese. Vedi *Gazz. Uff.* 19 apr., n. 83. Scad. 15 luglio.

Roma. *Ministero delle Comunicazioni.* — Concorso a 6 posti di Allievo Ispettore in prova nell'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato. Vedi fasc. 24. Scad. 6 luglio.

Siena. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni.* — Medico di Sezione Vice-Direttore del Manicomio di S. Nicolò; L. 14.000 e 5 quadrienni decimo; quartiere per famiglia; c.-v. in L. 200 mens. se con fam., L. 130 agli altri. Docum. alla Segreteria (via Romana 41) non oltre ore 18 del 10 lug. Età lim. 40 a. — Medico di Sezione; L. 12.000; altre condiz. come sopra. L'Amministraz. si riserva di non conferire il posto qualora lo reputi opportuno per qualsiasi motivo.

Tolve (*Basilicata*). — Scad. un mese dal 10 giu.; età l. 30-50 a. fatte le solite eccez.; tassa L. 50.15 al tesoriere comun.; L. 9000 e sei quadrienni. Servizio entro 15 gg.

Trevi (*Perugia*). — Proroga al 10 luglio.

Villalatina (*Caserta*). — Vedi fasc. 24. Scad. 12 luglio.

Diffide e boicottaggi.

L'Ordine dei Medici di Torino, per tutelare gl'interessi di un collega e la dignità di classe, ha proclamato la diffida — in attesa degli esiti di un'inchiesta — contro la Società di M. S. Ansaldo-Cogne, la quale il 5 maggio u. s. esonerava improvvisamente e senza motivazione dal servizio sanitario il dott. A. Farinet di Aosta, che ad essa era legato da regolare contratto. Tutte le prestazioni richieste dalla Società devono tassarsi secondo la tariffa dell'Ordine.

Concorsi a premio.

Premi Gustavo Ragnoli.

Sono istiuiti presso la Reale Accademia Nazionale dei Lincei, per iniziativa ed a spese dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale (Roma) — posto sotto l'alto patronato di S. M. il Re e sotto gli auspici della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali — due premi « Gustavo Ragnoli » rappresentati da medaglie d'oro del valore di L. 5000 ciascuna.

Tali premi verranno assegnati a quei Comuni, Enti scolastici o singole personalità, che abbiano compiuto il migliore studio dei caratteri bio-antropologici di un gruppo di almeno 50 alunni delle scuole elementari o medie, per un periodo non inferiore ad un anno, al fine di vagliare le attitudini fisiche e psichiche dei fanciulli, come base di studio per l'*orientamento professionale*.

I lavori dei concorrenti dovranno pervenire alla R. Accademia non più tardi del 30 settembre 1927.

Premio Cagnola.

Presso il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere è aperto il concorso a un premio della Fondazione Cagnola, dell'importo di L. 2500 e medaglia d'oro di L. 500, per una scoperta ben provata sulla cura della pellagra o sulla natura dei miasmi e contagi. Scad. ore 15 del 31 dic. 1925. Rivolgersi alla segreteria (palazzo Brera).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono stati nominati i seguenti professori universitari: di clinica dermosifilopatica: Cappelli Iader a Torino, Lombardo Cosimo a Pisa e Serra Alberto a Cagliari; di patologia generale: Pentimalli Francesco a Cagliari e Marrassini Alberto a Sassari; di anatomia umana: Luna Emerico a Palermo, Beccari Nello a Catania e Vitali Giovanni a Cagliari; d'istologia ed embriologia generale: Terni Tullio a Padova; d'antropologia: Mochi Aldobrandini a Firenze.

Il dott. Moricca Antonio ha conseguito, per esami, la libera docenza in patologia sp. medica.

Il dott. David E. Hoag è nominato professore di clinica delle malattie nervose e mentali presso l'Università di New York ed il Collegio medico del Bellevue Hospital.

Il Consiglio della Facoltà di Medicina di Parigi ha nominato professore di anatomia patologica il prof. Gustave Roussy, in sostituzione del prof. Maurice Letulle, che ha lasciato il posto per limiti di età.

Alla cattedra di storia della medicina nell'Università di Lipsia, divenuta vacante pel ritiro del prof. Sudhoff, determinato dai limiti d'età, è stato chiamato il prof. H. E. Sigerist, che teneva lo stesso insegnamento all'Università di Zurigo.

La dott.ª Lina Stern, aiuto alla cattedra di chimica fisiologica dell'Università di Ginevra, è stata chiamata ad occupare la cattedra della stessa disciplina presso l'Università di Mosca.

Il Governo Czeloslovacco ha nominato proprio rappresentante permanente all'« Office International d'Hygiène Publique » di Parigi il dott. Prochazka, capo del Servizio di Sanità Pubblica.

NOTIZIE DIVERSE.

Repressione della falsa attribuzione di lavori altrui.

Abbiamo già dato notizia (fasc. 6, pag. 229) di un disegno di legge che si proponeva tale intento, su relazione del sen. Credaro.

Le disposizioni in esso contenute sono ora promulgate con R. D. 19 aprile 1925, n. 475 - n. 739, inserito nella *Gazz. Uff.* del 29 aprile, n. 99. Ne riportiamo integralmente il testo degli articoli:

Art. 1. — Chiunque in esami o concorsi, prescritti o richiesti da autorità o pubbliche amministrazioni per il conferimento di lauree o di ogni altro grado o titolo scolastico o accademico, per l'abilitazione all'insegnamento ed all'esercizio di una professione, per il rilascio di diplomi o patenti, presenta, come proprii, dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici e, in genere, lavori che siano opera di altri, è punito con la reclusione da tre mesi ad un anno.

La pena della reclusione non può essere inferiore a sei mesi qualora l'intento sia conseguito.

Art. 2. — Chiunque esegue o procura dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici, e in genere lavori per gli scopi di cui all'articolo precedente, è punito a norma della prima parte dell'articolo stesso. È punito a termine del capoverso del detto articolo se l'aspirante consegua l'intento.

In ogni caso la pena è aumentata da un terzo alla metà se concorra il fine di lucro; e se concorra anche l'abitualità, la pena è della reclusione da uno a tre anni.

Art. 3. — Le disposizioni dei precedenti articoli si applicano anche nel caso in cui trattisi del conferimento di pubblici uffici, impieghi, titoli, dignità, qualità od insegne onorifiche, sia o non richiesto l'esame o il concorso.

Art. 4. — Chiunque con qualsiasi mezzo, offre di procurare od eseguire dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici, e, in genere, lavori agli scopi di cui agli articoli 1 e 3, è punito per il semplice fatto dell'offerta, con la reclusione fino ad un mese.

Qualora l'offerta sia fatta a mezzo della stampa, ovvero sia fatta in modo abituale, la pena è della reclusione da uno a sei mesi, e nella prima ipotesi, il tipografo, se non abbia concorso nel reato, è punito con la multa da lire 100 a lire 2000.

Art. 5. — Nei procedimenti relativi ai reati previsti dalla legge, qualora il fatto sia accertato, deve essere dichiarata nella sentenza la esistenza di esso, anche se, per qualsiasi motivo, non si debba procedere o non possa essere pronunciata condanna.

La sentenza di condanna o quella che dichiara che il fatto sussiste, ordina la cancellazione del provvedimento che ne sia derivato. La cancellazione si effettua secondo le norme contenute nei capoversi secondo e seguenti dell'articolo 576 del Codice di procedura penale, in quanto siano applicabili.

La sentenza di condanna è affissa in tutte le Università del Regno, quando trattasi di esami universitari.

Questo decreto merita approvazione senza riserve, in tutte le sue parti. Confidiamo che ne sia fatta applicazione severa.

2º Congresso Odontologico latino-americano.

Il Ministro dell'Interno comunica che sotto gli auspici del Governo argentino, nel mese di ottobre del corrente anno, si terrà in Buenos Aires il secondo Congresso odontologico latino-americano.

In tale occasione avrà luogo una Esposizione internazionale di odontologia, alla quale potranno partecipare come espositori i professionisti, gli Istituti di insegnamento, le Scuole di odontoiatria, nonchè i fabbricanti ed industriali di prodotti e presidî che abbiano relazione diretta od indiretta con la odontologia.

Per ragguagli maggiori gli interessati potranno rivolgersi direttamente alla Commissione organizzatrice di detto Congresso, in Buenos Aires, Calle Junin n. 1063 (indirizzo telegrafico: Scolaro).

5º Congresso panrusso delle stazioni idro-climatiche.

L'Ufficio d'organizzazione per la convocazione del quinto Congresso Panrusso URSS per le questioni « Luoghi di cura », comunica che tale Congresso avrà luogo il 14 settembre a. c. al Caucaso.

Per i congressisti saranno organizzate gratuitamente le escursioni per visitare le istituzioni balneologiche.

Alloggio compreso il vitto, da 25 a 35 lire al giorno. Tutte le informazioni presso la Rappresentanza del Commissariato del Popolo per la Salute Pubblica, Roma, via Gaeta 3 (presso l'Ambasciata dell'URSS in Italia); segretaria: dott.ª C. Stuftel.

Società medico-chirurgica di Mantova.

Il 1º giugno nella Biblioteca del Civico Ospedale di Mantova, presenti numerosi medici della città e della provincia, ebbe luogo la prima seduta della Società medico-chirurgica.

Fu letto ed approvato lo statuto sociale. Si procedette alla nomina del Consiglio direttivo che risultò definitivamente così costituito: prof. Ghedini, presidente; dott. Nicolini, segretario; dott. Mariotti, tesoriere.

Il dott. D. Mambrini espose poi la sua relazione sulla « Occlusione intestinale acuta ». Interloquirono i proff. Maccabruni e Ghedini.

Società Italiana di Oto-rino-laringologia.

A parziale modifica del precedente comunicato (v. fasc. 20, pag. 727) si rende noto che le comunicazioni scientifiche per il XXII Congresso devono essere inviate entro il 30 luglio p. v. al prof. Giuseppe Gradenigo, presidente della Società e del Congresso, Clinica Gesù e Maria, R. Università di Napoli.

Per le stazioni balneo-climatiche della Venezia Giulia.

L'Associazione medica triestina, intesa la relazione del consigliere provinciale di sanità dottor Mauro Gioseffi sul tema « Le spiagge istriane nella loro importanza climatologica e talassoterapica », dopo una discussione oggettiva e serena, ha protestato contro la mendace campagna della stampa d'oltre Alpe, che tende a svalutare le Stazioni climatiche e balneari della regione, prospettando una recrudescenza della malaria che non esiste; ha rilevato la diminuita mortalità generale e quella malarica rispetto all'anteguerra; constata la sanità e salubrità delle Stazioni balneari e climatiche; deplora tutta la tendenziosità del movimento che tende a sviare dalle spiagge nostrane la corrente metropolitana straniera.

Corso di perfezionamento.

Un corso sul trattamento della tubercolosi osteoarticolare e ganglionare, con alcuni elementi d'ortopedia pratica, si terrà nell'Ospedale Marittimo di Berck Plage, sotto la direzione del dott. E. Sorrel, dal 15 al 29 luglio. Per le informazioni scrivere al dott. Delabraye, Hôpital Maritime, Berck Plage (P. de C.), Francia.

Lotta contro il cancro nel Barese.

Si è costituito in Bari un Comitato promotore per la formazione di una sezione provinciale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. Il Rettore Magnifico della R. Università di Bari, prof. Nicola Leotta, direttore della Clinica Chirurgica; Comitato i seguenti professori della stessa Università di Bari. Nella qualità di presidente, il prof. Nicola Leotta, direttore della Clinica Chirurgica; in qualità di vice-presidente, il prof. Eduardo Germano, di Patologia Esotica. In qualità di membri, i proff.: Gaifami, direttore della Clinica Ostetrica; Soli, direttore dell'Istituto di Anatomia Patologica; Amato, direttore dell'Istituto di Patologia Generale; Paolucci, incaricato di patologia chirurgica. A questi membri, è aggiunto il medico provinciale. In qualità di cassiere del Comitato, è stato nominato il gr. uff. Luigi Azzone, e come segretario il dott. Sturni.

Nella sua prossima seduta il Comitato per la lotta contro il cancro, compilerà lo statuto sociale della sezione. — L. Q.

Associazione Parmense per la lotta contro il cancro.

Allo scopo di facilitare la diagnosi e la cura precoci dei tumori maligni, l'Associazione suddetta si è assicurata la collaborazione di un ingente gruppo di sanitari della città, i quali, in giorni, ore e luoghi indicati da apposito elenco, visitano gratuitamente gli ammalati poveri della città e della provincia, sospetti o colpiti da tumori maligni. I malati poveri devono presentarsi alla visita muniti di una tessera, rilasciata dal medico curante. Sola-

mente le diagnosi e cure radiologiche non sono gratuite, ma sottoposte a tariffe minime.

I medici sono vivamente pregati di fare opera di propaganda presso le Amministrazioni comunali, affinchè in tutti i casi sospetti non venga ritardata l'ospitalizzazione degli indigenti, anche a solo scopo di accertamento diagnostico; oppure venga eseguito subito l'invio a scopo di visita presso uno dei consulenti della Associazione.

Sono state anche pubblicate e diffuse tra i medici le « Norme per il prelevamento e l'invio dei tessuti sospetti di tumore maligno per l'esame istologico ».

Per il Sanatorio antitubercolare interprovinciale nella città-giardino " Mussolinia ".

Il Banco di Sicilia, per onorare la Maestà del Re nel XXV suo anno di Regno ed in omaggio a S. E. il Presidente del Consiglio, che tanto interessamento dimostra allo sviluppo sociale del Mezzogiorno d'Italia, ha destinato L. 100,000 all'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale fondato e diretto dal prof. Ettore Levi, ad incremento del fondo di L. 250,000, destinato dal Presidente del Consiglio per la costituzione del Sanatorio Antitubercolare Interprovinciale nella Città-Giardino « Mussolinia » in comune di Caltagirone.

*
* *

Il Commissario prefettizio del comune di Caltagirone, con ufficiale deliberazione in data 6 giugno 1925, ha comunicato al prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, di aver stabilito la concessione gratuita del terreno occorrente per il costruendo Sanatorio Antitubercolare Interprovinciale a « Mussolinia », esprimendo la ferma fiducia che, grazie alla collaborazione dell'Istituto, degli Enti locali, ecc., saranno al più presto raccolti i fondi necessari per l'esecuzione dell'opera.

Elargizioni e lasciti.

Il dott. Andrea Gavioli ha lasciato la sua sostanza, ammontante a circa 200,000 lire, alla Congregazione di Carità di Modena, usufruttuaria la madre.

Il sig. Giuseppe Maselli ha lasciato l'Ospedale Maggiore di Bologna erede universale della sua sostanza, che consiste in varî immobili.

S. M. la regina Elena ha inviato alla Congregazione di Carità di Pinerolo lire 25,000 perchè sia intestato un letto alla memoria del nipotino Giorgio Calvi.

Vittime del dovere.

La Commissione della malaria della Società delle Nazioni, continuando i suoi studi sul problema malarico quale si presenta ed è affrontato in diverse regioni, aveva iniziato nel maggio di quest'anno un viaggio che doveva svolgersi nella Palestina, nella Siria, in Sicilia e nella Spagna. Ma un tragico evento, di cui abbiamo già dato notizia nel fasc. 23, l'ha interrotto subito dopo la visita della Palestina: un'automobile che riconduceva parte della Commissione da Bet-Meri a Beyrut, il 21 maggio, usciva fuori della strada cagionando la morte dei dottori Darling e Lothian e della sig.na Besson e producendo ferite, fortunatamente non gravi, al prof. Swellengrebel. Restavano incolumi, perchè si trovavano in un'altra automobile, gli altri due membri della Commissione, dott. Anigstein e prof. Ottolenghi, che fungeva da presidente nell'assenza del presidente effettivo dott. Lutrario.

Del dott. Darling abbiamo già dato un cenno biografico nel fasc. 25. Dopo varie vicende, egli aveva organizzato nel 1910 e diretto l'Istituto d'Igiene creato nel Brasie dalla Fondazione Rockefeller. Ebbe allora a soffrire d'un tumore del cervello, che venne operato nel 1921, ma che tuttavia lo tenne a letto, quasi completamente paralizzato, per circa tre anni. Fu solo dopo il 1923 che, avendo cominciato a riprendere le forze e l'uso delle gambe, potè tornare ai lavori favoriti, e fondare una Scuola di Malariologia nello Stato di Georgia (Stati Uniti). Nominato recentemente membro corrispondente della Commissione della Malaria, aveva con questa intrapreso, pieno di letizia e di speranze, il viaggio che lo doveva condurre a morte. Era non solo scienziato di valore, ma uomo di rara bontà, di senso critico non comune; amava l'Italia, che conosceva già bene.

Il dott. Norman V. Lothian di Aberdeen, in Scozia, contava solo 36 anni. Era entrato nel Corpo di Sanità Militare, raggiungendo il grado di maggiore; era stato nominato professore d'igiene nella Scuola medica militare di Londra. Dal 1923 apparteneva alla Sezione d'igiene della Società delle Nazioni, in qualità di epidemiologo: aveva già accompagnato la Commissione della malaria nel lungo viaggio di studî svoltosi, l'anno scorso, dalla Jugoslavia alla Russia e all'Italia, ed era stato spesso incaricato di missioni delicate e difficili, che egli aveva adempiuto con zelo, con intelligenza e con un'instancabilità sorprendente.

La sig.na Anastasia Besson, nativa di Lione, apparteneva, come segretaria, alla Sezione d'igiene suddetta ed era assai stimata per la sua avveduta e valida cooperazione. Aveva accompagnato la Commissione della malaria nel viaggio del 1924, sopportando le difficoltà e i disagi.

I funerali di queste tre vittime della scienza e del dovere, svoltisi a Beyrut il 24 maggio, riuscirono straordinariamente solenni e commoventi, anche per la partecipazione affettuosa della popolazione di quella grande città. Il Governo dello Stato del Gran Libano decretò alla loro memoria la medaglia d'oro al merito, e volle pure assegnare analoga onorificenza al prof. Swellengrebel, ormai pienamente rimesso dai dolori fisici e morali di questo doloroso avvenimento.

Il *Policlinico* si associa commosso alle generali testimonianze di cordoglio per i tre scomparsi e per le loro famiglie, così duramente provate dalla sventura.

Infortuni stradali di sanitari.

Il dott. Ambrosetti, medico condotto di Castagneto, è morto in seguito al ribaltamento di una automobile nella quale egli si trovava con tre suoi amici, rimasti illesi; l'infortunio è avvenuto sulla strada Torbole-Roncadello, in provincia di Brescia.

Il dott. Giovanni Masini, veterinario comunale di Formigine (Modena), è morto in seguito a una caduta da motocicletta avvenuta per uno sterzo improvviso, fatto onde evitare un cane sbucato da una siepe sulla strada provinciale.

Il farmacista Giulio Pretolassi di Padova ha riportato gravissime lesioni per essere stato sbalzato dalla motocicletta, la quale urtava contro un paracarro in una brusca svolta della strada.

Estensione dell'assicurazione-malattie in Inghilterra.

Il cancelliere dello scacchiere, on. Churchill, ha presentato un disegno di legge che estende il numero degli assicurati contro le malattie, portandolo ad oltre il 70 % della popolazione. Il progetto non incontra opposizioni e diverrà certamente legge.

L'Università di Gerusalemme.

Il 1° aprile venne inaugurata a Gerusalemme la grande università ebrea, presente lord Balfour; vi intervennero parecchi scienziati ebrei di fama mondiale, tra cui Einstein e Weismann. La Scuola di Damasco non partecipò alla cerimonia, a titolo di protesta dei sionisti, i quali non ammettono in Palestina altre lingue se non l'ebraica e non riconoscono il cristianesimo.

I medici ebrei degli Stati Uniti costruiranno a proprie spese la Maternità della Scuola di medicina.

La biblioteca universitaria conta già 80,000 volumi. Si è costituito anche in Italia un comitato per la raccolta di libri; ha sede in Roma (33), via Crescenzio 3.

Per la biblioteca universitaria di Tokio.

L'Università Imperiale di Tokio ha ricevuto una somma pari a 10 milioni di lire it. da J. D. Rockefeller junior e una pari a 2 milioni di lire it. dal governo del Giappone, per ricostruire la biblioteca, andata distrutta nel settembre 1923. La nuova biblioteca avrà 1000 posti, contro 300 della vecchia costruzione.

Distruzione di un Ospedale a Tokio.

L'Ospedale Internazionale di San Luca, a Tokio, già distrutto nel terremoto del settembre 1923, e riedificato per esigenze di servizio, si è incendiato nel gennaio scorso, venendo raso al suolo. I danni si computano in 250 mila yen. Non vi furono vittime umane. Si provvede ora a ricostruirlo per la seconda volta.

Un rogo di roentgenografie.

L'impiego di pellicole incombustibili per le roentgenografie è stato reso obbligatorio negli ospedali di marina degli Stati Uniti, a partire dal mese di luglio scorso.

Recentemente gli ospedali stessi hanno ricevuto l'ordine di distruggere tutte le roentgenografie di tipo infiammabile e che non fossero necessarie quali documenti clinici. In un solo ospedale sono stati distrutti 2 quintali di pellicole del vecchio tipo.

Concerto medico berlinese.

Un'orchestra ed un coro composti di medici hanno dato un'audizione a Berlino, conseguendo un grande successo; ne riportiamo il programma: per l'orchestra: Notte di Walpurgi di Mendelssohn e terzo concerto di Bach; per il coro: cantata di Bach e « Gott der Herr ist Sonn' und Schild ».

Selvaggia aggressione.

Il ten. col. medico cav. Beniamino Piazza, residente a Palermo, è stato vilmente aggredito e barbaramente colpito alla faccia con un rasoio da uno sconosciuto giovinastro. È stato ricoverato e curato all'Ospedale Militare. Pur troppo, non è stato possibile di scongiurare una grave deturpazione.

Condanne per morti colpose.

In seguito ad applicazioni ultra-intensive di raggi X, sarebbero morte due pazienti nella Clinica ginecologica di Dresda. In esito a un processo giudiziario, l'assistente roentgenologo e l'infermiera sono stati condannati a due mesi di prigione, per imperita negligenza; il direttore della clinica, prof. Lahm, a un'ammenda di 3000 marchi oro, per responsabilità morale. Così la « Deut med. Woch. ».

Ricorso respinto.

Il Consiglio di Stato ha respinto un ricorso del dott. Dario Valtorta contro il suo licenziamento dalla direzione del Manicomio di Castiglione delle Stiviere; il sanitario è stato condannato a tutte le spese.

Il dott. Naldi riabilitato.

Il dott. Pio Naldi, che era stato condannato a 17 anni nel processo per l'uccisione del conte Bonmartini e che ha avuto parte della pena condonata, è stato dalla Corte di Appello di Torino riabilitato, onde può ora esercitare la professione; si è stabilito a Benevento.

Ostetriche o levatrici?

Il comune di Milano aveva intimato la contravvenzione ad alcune levatrici perchè sulla targhetta della loro abitazione figurava la qualifica di « ostetrica » anzichè quella di « levatrice ». In seguito a parere del loro Consiglio dell'Ordine, esse rifiutarono il pagamento delle multe, anzi fecero opposizione al precetto. Una prima causa, svoltasi innanzi ad una Pretura Urbana, contro due levatrici, portò ad assolverle, « perchè il fatto non costituisce reato »; una seconda causa, svoltasi in questi giorni, contro una terza levatrice, ha avuto lo stesso esito.

A Siena — dove era nato l'11 novembre 1858 — moriva il 24 maggio u. s. il dott. ANTONIO PISANESCHI, vice-Direttore di quell'Ospedale Psichiatrico.

Nell'esercizio della sua professione, ch'Egli elevò a vera missione di bene, dimostrò sempre eccezionali doti, che particolarmente rifulsero quando, durante il periodo della guerra, rimasto solo con pochi medici anziani, tenne le redini dell'Istituto con fermezza ed abnegazione, provvedendo abilmente e saggiamente a superare le difficoltà gravissime del terribile momento.

Cittadino probo e stimatissimo ricoprì nella sua Città i più importanti uffici, quali quello di Consigliere comunale, di Deputato del Monte dei Paschi, di Presidente della Pubblica Assistenza, e di Amministratore di numerose Opere Pie.

Fu studioso della sua Scienza ed amante della sua professione, pur rimanendo volutamente nell'ombra per una grande modestia.

Alla desolata famiglia, inviamo le più sentite condoglianze.

a. d. o.

Si è spento improvvisamente a Firenze il prof. NICOLA GIANNETTASIO, operatore reputatissimo. Ne daremo prossimamente un cenno biografico.

Si è spento a Praga il prof. VITEZSLAV JANOVSKY, in età di 78 anni; era uno dei più reputati dermatologi dei nostri tempi; dal 1882 dirigeva la clinica dermatologica di quella Università; fondò la « Ceska Dermatologie ».

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 6 Luglio 1925 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. DOMENICO TADDEI

Le nefropieliti acute e subacute.

(Lezione clinica tenuta dal prof. TADDEI il giorno 2 maggio 1925 e raccolta dai dottori ONOFRIO ANGELELLI e GIORGIO MILLUL).

Colgo l'occasione dai due casi, che vi presento stamane, per trattarvi di un'affezione renale non bene descritta nei Trattati, anche più recenti o per lo meno considerata insieme a forme, che debbono secondo me essere a parte considerate. A questa forma a etiologia varia, di diagnosi non facile, la cui terapia non è ancora ben definita io ho creduto di dare il nome nuovo di *Nefropielite*, non per amore di novità, ma per necessità nosologica e clinica, come dirò dopo avervi, molto brevemente per ragioni di tempo, riferite le storie cliniche dei miei casi.

Furimma N., di anni 31, da Cascina. Entrata in Clinica il 3 febbraio 1925.

L'a. ci dice che nell'anno 1922, nel mese di maggio, fu assalita in pieno benessere da dolori non troppo vivi, localizzati in corrispondenza dei quadranti superiori dell'addome. Tali dolori si attenuarono spontaneamente dopo alcune ore per comparire nuovamente il giorno dopo con maggiore intensità. Non vi fu vomito; la temperatura raggiunse i 38-39° e l'alvo si mantenne chiuso per 2-3 giorni. La minzione non fu accompagnata da alcun disturbo, nè la paziente fu mai costretta ad alzarsi durante la notte per urinare; solo durante l'acme dei dolori la minzione era più frequente e l'orina si è presentata di colorito giallo-scuro. Chiamato un sanitario, secondo quanto la malata riferisce, non fu formulato un giudizio diagnostico positivo; furono ordinati un purgante oleoso e delle cartine che meglio non precisa. Dopo circa 8 giorni i disturbi sopra riferiti sono andati scomparendo senza lasciare alcuna traccia. Tre anni fa la paziente ebbe un aborto al 6° mese di gravidanza, per il quale fu trattenuta per circa 40 giorni in ospedale.

Dopo 5 mesi la paziente rimase nuovamente incinta, la gravidanza ebbe decorso regolare e fu condotta a termine con parto eutocico nel mese di dicembre del 1924, nella Clinica Ostetrica di Pisa.

La paziente ci racconta che dopo 7 giorni dal parto fu colta da dolori localizzati in corrispondenza della regione del fianco destro, irradiantisi verso la regione lombare dello stesso lato. Vi fu pure febbre, preceduta da brivido, che ha raggiunto anche 38 1/2-39°.

La minzione durante la gravidanza si è sempre svolta regolarmente e le urine emesse, secondo

quanto afferma la malata, non hanno mai presentato all'esame macroscopico alcuna alterazione.

Dopo 4-5 giorni dall'insorgenza della febbre la minzione si è fatta frequente, accompagnata da vivo tenesmo e le urine emesse, in scarsissima quantità ogni volta, presentavano un colorito giallo-torbido. L'esame di esse, eseguito nella Clinica Ostetrica, fece rilevare non solo presenza di albumina, ma anche numerosi leucociti nel sedimento.

Tali fatti sono andati a mano a mano aggravandosi, nel senso che la quantità di urina emessa andava diminuendo, e la paziente accusava ripetutamente dolori assai vivi alla regione ipogastrica. La temperatura è andata aumentando fino a mantenersi intorno ai 39°.

Nell'anamnesi remota si rileva che fu ricoverata in questa Clinica 13 anni fa (23 gennaio 1912), per disturbi allora diagnosticati come dipendenti da un probabile tumore addominale. Fu praticata dal prof. Ceci una laparotomia esplorativa, la quale permise di stabilire che la tumefazione avvertita con la palpazione in corrispondenza della regione ombellicale era il rene sinistro ectopico. Nessun'altra alterazione a carico dei visceri addominali fu riscontrata. Nella storia clinica di allora mancano particolari sulle orine, sul decorso, ecc.

Nessun'altra malattia degna di nota; le mestruazioni, iniziatesi a 13 anni, furono e si sono sempre presentate regolari in ogni loro carattere.

Pure nell'anamnesi familiare non si rileva alcun fatto degno di nota.

Donna in condizioni generali deperite. Nessun particolare notevole si rileva a carico dei vari apparecchi, se si eccettua che la palpazione bimanuale, in corrispondenza della regione lombare destra, fa apprezzare un rene aumentato di volume e dolente. Pure si risveglia dolore praticando la palpazione in corrispondenza del punto ureterico medio dello stesso lato.

L'esame delle urine (asetticamente estratte) fa rilevare: colorito giallo-torbido, reazione acida, densità 1012, albumina presente, glucosio assente, urea 14.10 per mille; nel sedimento numerosi globuli bianchi.

Il 5 febbraio pratico il cateterismo degli ureteri con il seguente risultato: capacità vescicale normale; mucosa iperemica; sbocchi ureterali imbutiformi, che si sondano con non troppa facilità. Il catetere di sinistra non si introduce oltre 11 centimetri.

L'esame delle urine raccolte dai due reni fa rilevare:

Rene destro: albumina presente; urea 7.05 per mille.

Sedimento: numerosissimi globuli bianchi, isolati ed a gruppi.

Rene sinistro: albumina presente; urea 14.10 per mille.

Sedimento: qualche raro globulo bianco.

Con diagnosi di pielonefrite postpuerperale il giorno 6 febbraio 1925 praticai una lombotomia destra e potei rilevare come il rene fosse aumentato di volume e come presentasse in corrispondenza della sua faccia anteriore, all'unione del suo terzo inferiore con il suo terzo medio, un focolaio grosso come un chicco di frumentone e di consistenza piuttosto dura, di colorito giallastro. Non riscontrando altre alterazioni, nè presentandosi alterato il bacinetto, nè l'uretere, praticai una escissione cuneiforme del frammento corrispondente al focolaio e riunii i margini della ferita con alcuni punti ad U ottenendo così una emostasi perfetta. Lasciai un drenaggio in garza e suturai parzialmente il piano muscolare e la cute.

Dopo l'operazione, come potete vedere dalla grafica, la temperatura è notevolmente diminuita e si è mantenuta per circa cinque giorni tra il 37° e 38°,5 per poi cadere al disotto di 37°. Tale apiressia è durata per quattro giorni, dopo i quali nuovamente la temperatura si è portata al di sopra dei 38° e si è mantenuta costante, benchè siano state eseguite molteplici cure (e cioè: iniezioni di caseal calcico; iniezioni endovenose di sulfarsenol).

Persistendo la temperatura e poichè la malata si lagnava di dolori in corrispondenza della regione del fianco di sinistra a circa tre dita dalla regione ombelicale (sede corrispondente al rene sinistro), e poichè pure si risvegliava dolore in un punto corrispondente alla IV e V vertebra lombare, e pure era dolorosa la palpazione della regione lombare, ove si poteva palpare un corpo rotondeggiante, decisi di praticare nuovamente una cistoscopia ed un cateterismo degli ureteri.

Il reperto della cistoscopia poco si differenzia dal precedente, mentre l'esame delle urine raccolte fa rilevare:

Urine totali. Colorito: giallo torbido. Reazione acida. Densità 1013, albumina presente, glucosio assente; urea: 11.28 per mille; nel sedimento: globuli bianchi, ma non troppo numerosi.

Urine del rene destro: colorito giallo lievemente torbido; reazione acida; albumina presente; urea: 8.46 per mille; nel sedimento: scarsi globuli bianchi, cellule ureterali.

Urine del rene sinistro: colorito giallo quasi limpido; reazione acida; albumina presente; urea: 8.46 per mille; nel sedimento: globuli bianchi in gruppi di 3 o 4, alcuni isolati di aspetto moriforme. Scarse emazie.

L'esame radiografico fece rilevare come le sonde ureterali bismutate non seguissero lo stesso decorso, in quanto che la sonda destra si portava al bacinetto corrispondente, mentre la sonda sinistra si poteva osservare solo fino ad un punto corrispondente fra la III e la IV vertebra lombare.

Di fronte a tale reperto, credetti opportuno di intervenire nuovamente, ed infatti il giorno 6 aprile 1925 praticai una lombotomia sinistra.

Non esisteva il rene in sede normale. Il corpo che pareva il rene alla palpazione era la milza ingrandita, come potei assicurarmi facendo un occhiello nel peritoneo che poi suturai: vista la impossibilità di raggiungere il rene per questa via, richiusi la ferita: praticai un'incisione obliqua che da due dita al disopra della spina iliaca anteriore superiore si portava verso il canale inguinale; trovai facilmente il piano di scollamento retroperitoneale che mi permise di raggiungere e di mettere allo scoperto il rene, il quale si trovava davanti alla 3ª ed alla 4ª vertebra lombare. Il rene era disposto con il suo margine esterno in basso: i due poli si presentavano avvicinati tanto da formare come un O, in corrispondenza del centro del quale si notavano due bacinetti da cui fuoriuscivano due ureteri, che dopo un percorso di 3-4 cm. si riunivano in uno solo grosso quasi come una penna di oca. I due tratti di ure-

tere, nel loro decorso prerenale avevano scavato una specie di solco diretto all'esterno ed in basso sulla faccia anteriore dell'organo.

Il rene si presentava aumentato lievemente nel suo volume e rilevai l'esistenza di alcune zone specialmente corticali di colorito giallastro, confluenti o circoscritte ed isolate l'una dall'altra; la palpazione di tali punti fece rilevare una maggior consistenza rispetto agli altri tratti del parenchima.

Di fronte a tale reperto credetti opportuno praticare una nefrectomia. Dopo quest'ultimo intervento la temperatura è caduta; l'esame delle urine raccolte asetticamente ha fatto rilevare: Colorito giallo lievemente torbido; reazione acida; densità 1014; albumina assente; urea 10.14 per mille. Nel sedimento si osservano scarsi globuli bianchi. L'esame batteriologico ha dimostrato lo stafilococco e lo streptococco in cultura pura.

Naturalmente sono passati solo pochi giorni per potere stabilire l'esito definitivo di questo caso.

L'esame macroscopico di quelle zone più consistenti e l'esame istologico, sia del pezzo resecato a destra, sia del rene sinistro, che voi del resto potete vedere, essendo simile a quello di tutti gli altri casi, per amore di brevità e di chiarezza, riassumerò, parlandovi dell'anatomia patologica di questa forma morbosa.

L'altra donna, che vi presento, è una ragazza di 27 anni, operata già da me nel mese di novembre del 1924 di appendicectomia e colecistectomia. Nel 1925 ha cominciato ad avvertire bruciore durante la minzione, frequenza di essa, temperatura febbrile ed un dolore localizzato in corrispondenza della regione lombare di destra. La temperatura qualche volta è stata preceduta da brivido e le urine di colorito giallo-torbido qualche volta hanno presentato anche una lieve colorazione rossastra. La donna va soggetta frequentemente ad angina.

L'esame obbiettivo non ha fatto rilevare nulla di interessante, se si eccettua che, anche in questo caso, la palpazione della regione lombare destra ha fatto riconoscere il rene aumentato di volume e pure si è potuto rilevare una spiccata dolorabilità in corrispondenza del punto ureterico medio.

Praticai la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri con sonde bismutate: nulla di speciale rilevai a carico della vescica, come pure potei eseguire con facilità il cateterismo degli ureteri. Nelle urine raccolte si è trovato:

Urine totali: colorito giallo chiaro; reazione acida; densità 1016; albumina, glucosio e pigmenti biliari assenti; urea 22.56 per mille. Nel sedimento: globuli bianchi isolati ed a gruppi, scarse emazie.

Urina del rene destro: albumina assente; urea 18.33 per mille; nel sedimento: qualche gruppo di globuli bianchi, qualche emazia.

Urina del rene sinistro: albumina assente; urea 19.74 per mille; nel sedimento: qualche raro globulo bianco.

Costante di Ambard: K=0.060.

L'esame radiografico ci dimostra come le due sonde seguano un decorso regolare per raggiungere entrambe i due bacinetti.

Con diagnosi di pielonefrite unilaterale decisi di intervenire il giorno 29 novembre 1924 in luminal-eteronarcosi; praticai una lombotomia destra, e trovai un rene di volume pressochè normale, con fatti intensi di perinefrite adesiva. Solamente in corrispondenza del margine convesso, sul punto di mezzo, avvertii una resistenza abbastanza dura, a limiti indecisi; a tale consistenza corrispondeva una piccola rilevatezza giallastra sottocapsulare, grande come un fagiuolo, come potete vedere dal pezzo, che vi presento.

Negativo fu l'esame del bacinetto e dell'uretere sia all'ispezione esterna sia alla palpazione.

Praticai una resezione cuneiforme di un tratto di parenchima corrispondente al nodulo sopra descritto. Ottenni l'emostasi con alcuni punti ad U su ciascun margine della ferita. Suturai parzialmente i muscoli e la cute lasciando uno zaffo di garza.

L'esame batteriologico ha dimostrato il bacterium coli.

Il decorso postoperatorio, se si eccettua che durante i primi otto giorni la temperatura si è sempre mantenuta al di sopra dei 38° per poi cadere al di sotto di 37°, non ha presentato alcunchè di importante, tanto che la paziente potè lasciare la Clinica il 21 gennaio.

Vi è stato completo benessere per circa un mese; dopo tale epoca la paziente nuovamente ha cominciato ad avvertire durante la minzione bruciore e notò come le urine nuovamente si presentassero torbide. Si presentò ancora temperatura febbrile e comparvero pure dolori assai vivi sempre a carico della regione lombare di destra. Tali fatti hanno portato nuovamente la paziente in Clinica; come potete vedere però da questa grafica la temperatura non ha mai sorpassato i 37°.3, come pure mai sono stati avvertiti dolori. L'esame delle urine, raccolte asetticamente, ha fatto rilevare come nel sedimento esistano rarissimi globuli bianchi. Il cateterismo degli ureteri ripetuto ha dato questi risultati:

Urine totali: colorito giallo-torbido, reazione acida, densità 1015, albumina assente, fosfati in grande quantità, glucosio assente, urea 15.51 per mille; sedimento: gran quantità di cristalli amorfi, qualche globulo rosso.

Rene di destra: albumina assente; urea 9.87 per mille; sedimento: negativo.

Rene di sinistra: albumina assente; urea 5.64 per mille; sedimento: negativo.

Non ho ritenuto conveniente alcun altro intervento chirurgico ed ho prescritto una cura di riposo e dietetica.

Questi due casi sarebbero sufficienti per le considerazioni che oggi voglio fare, ma tuttavia desidero, sia pure molto brevemente, riassumere le storie cliniche di altre tre pazienti (attualmente guarite, operate in questi ultimi mesi) che ritengo assai dimostrative.

Nella prima di queste si tratta di una donna di 41 anno, la quale fu ricoverata in Clinica il 3 gennaio del 1925.

Essa raccontò che il 9 dicembre 1924, mentre era in pieno benessere, cominciò ad accusare una lieve dolorabilità localizzata in corrispondenza della regione del fianco sinistro. Tale dolorabilità si irradiava verso la regione lombare dello stesso lato; non vi fu alcun disturbo a carico della minzione.

Non fu data alcuna importanza a tali fatti, tanto che la paziente accudiva alle sue occupazioni; però durante la notte tra il 31 dicembre ed il

1° gennaio u. s. nuovamente si presentarono dolori assai vivi, i quali non solo si irradiavano verso la regione lombare di sinistra, ma anche verso la radice dell'arto inferiore dello stesso lato. Contemporaneamente fu avvertito stimolo violento della minzione; ma la quantità di urina emessa fu assai scarsa ed accompagnata da bruciore. Non è possibile precisare se vi sia stata temperatura febbrile, dato che la paziente non ha mai fatto uso di termometro. Fu chiamato subito un sanitario, il quale praticò un'iniezione di morfina per attenuare i dolori assai vivi e fece praticare un clistere.

I disturbi a mano a mano si attenuarono dopo poco tempo ed a carico della minzione non fu notato alcun disturbo degno di nota.

Nell'anamnesi personale non si rileva alcuna malattia degna di nota, nè le mestruazioni presentarono alcuna anomalia. Pure nessun particolare si può rilevare nell'anamnesi familiare.

L'esame obbiettivo non ci fa rilevare nulla a carico dei vari organi ed apparecchi, se si eccettua che la palpazione della regione lombare sinistra oltre a determinare dolore assai vivo, permetteva di avvertire un grosso rene.

L'esame dell'urina raccolta asetticamente dalla vescica diede il seguente risultato: colorito giallo-chiaro, reazione acida, densità 1012, albumina: intorbidamento evidente, glucosio assente, urea 19.74 per mille. Nel sedimento si rilevò la presenza di cellule vescicali; alcuni cilindri granulosi; globuli bianchi isolati ed in gruppi; qualche globulo rosso.

La cistoscopia dimostrò che la capacità vescicale era ottima e permise di rilevare solamente una modica iperemia nel trigono e specie in corrispondenza dello sbocco ureterale di sinistra.

Gli sbocchi ureterali, situati molto lateralmente, si presentavano fessuriformi e non provai alcuna difficoltà nell'eseguire il cateterismo degli ureteri. La raccolta delle urine separate fu fatta senza che la paziente avvertisse alcun disturbo. L'esame fece rilevare: a destra albumina assente — urea 19,71 per mille — nel sedimento cristalli amorfi; a sinistra: albumina presente — urea 5,64 per mille — nel sedimento gruppi di globuli bianchi, qualche frammento di cilindro granuloso e qualche globulo rosso.

La costante di Ambard, diede una cifra molto bassa, cioè 0,021.

La radiografia che vi presento, ottenuta previa introduzione negli ureteri di sonde bismutate, è negativa per calcoli; dimostra come le sonde seguano il regolare decorso dell'uretere per giungere al bacinetto corrispondente.

Durante la degenza in Clinica, nei giorni che precedettero l'operazione, la paziente ebbe sempre dolore e temperatura che si aggirava tra i 37°,5 ed i 38°,3.

Il giorno 9 gennaio, in luminal-eteronarcosi, praticai una lombotomia sinistra e potei rilevare come il rene si presentasse aumentato di volume e come fosse aderentissimo per fatti di perinefrite fibrosa. Trovai in corrispondenza dell'unione del 3° sup. con il 3° medio, sul margine esterno, una superficie rotondeggiante grande come una moneta da una lira, depressa, in corrispondenza della quale il parenchima aveva una durezza notevole senza limiti netti. Nessuna alterazione rilevai a carico del bacinetto e dell'uretere. Praticai un'ampia resezione cuneiforme del tratto corrispondente ed ottenuta l'emostasi con alcuni punti ad U suturai parzialmente il piano muscolare e la cute, lasciando uno zaffo di garza.

Il decorso postoperatorio fu ottimo, nè la malata si lagnò mai di alcun disturbo degno di nota. La grafica vi dimostra come dopo l'intervento la temperatura, rimasta per pochi giorni al di sopra di 37°, successivamente cadde completamente. Il giorno 24, e cioè dopo 15 giorni dall'intervento, la paziente lasciò la Clinica completamente guarita.

Il 4° caso riguarda una donna di 48 anni, da Grosseto: P. Maria, entrata in Clinica il giorno 22 maggio 1924.

La storia clinica ci fa rilevare come i disturbi a carico della minzione, cioè bruciore assai vivo durante e dopo l'emissione delle urine, iniziassero dopo un periodo di febbri diagnosticate come influenzali. Successivamente vi fu temperatura febbrile, specie serotina, che si aggirava intorno ai 38°-39°. Vi fu pure vivo tenesmo tanto che la malata è stata costretta ad urinare assai frequentemente, benchè la quantità di urina emessa ogni volta sia stata sempre minima. Non si è mai avuta notevole pollacuria notturna. Le urine emesse hanno presentato un colorito giallo assai torbido e lasciavano nel recipiente una posatura bianco-giallastra.

Nell'anamnesi personale, se si eccettua una probabile affezione malarica, non si rileva alcuna malattia degna di nota; come pure nessuna particolarità si riscontra in quanto riguarda il comportarsi delle mestruazioni, le quali sempre furono regolari in ogni loro carattere. Menopausa a 45 anni.

L'anamnesi familiare è povera di particolari, se si eccettua che una sorella dell'inferma fu portata a morte, all'età di 18 anni, per una affezione di probabile natura specifica dell'apparecchio respiratorio.

L'esame obbiettivo in questo caso, completamente negativo per gli apparecchi respiratorio, circolatorio, digerente, ecc., ci fece rilevare come esistesse una dolorabilità assai viva in corrispondenza della regione lombare destra e come pure la palpazione del punto ureterico medio risvegliasse vivo dolore.

Alla cistoscopia potei osservare come la vescica, con buona capacità, presentasse uno stato cistitico diffuso a tutta la mucosa e come esistessero numerose piccole ulcerazioni diffuse in modo irregolare. Gli sbocchi ureterali si presentavano arrossati e tumefatti. Gli ureteri si cateterizzarono però con facilità.

L'esame delle urine raccolte fece rilevare i seguenti dati:

Urine totali: colorito giallo torbido, reazione acida, densità 1008, albumina presente, glucosio assente, urea 13.60 per mille. Nel sedimento molti globuli bianchi e qualche rosso.

Rene destro: albumina presente; urea 10.88 per mille; nel sedimento molti globuli bianchi; scarse emazie.

Rene sinistro: albumina tracce; urea 16.32 per mille; nel sedimento rarissimi globuli bianchi.

Radiografia negativa per calcoli.

Persistendo la temperatura al di sopra dei 38° decisi di intervenire; il 27 maggio 1924 in morfio-eteronarcosi praticai una nefrectomia; asportai un rene grosso che presentava numerosi indurimenti

disseminati in modo irregolare, come potete vedere dal pezzo, che vi presento.

Il decorso postoperatorio fu ottimo, la temperatura, pur mantenendosi per qualche giorno intorno ai 37.3-37.5, cadde sotto 37 e si mantenne tale fino a guarigione. Esce di clinica il giorno 21 giugno 1924.

Il seguente caso si riferisce ad una donna di 31 anni, V. Augusta di Pisa, la quale fu ricoverata in questa Clinica il 6 febbraio del 1924.

Dall'anamnesi si potè stabilire che 13 anni or sono, durante una gravidanza, si presentarono dolori assai vivi localizzati in corrispondenza del fianco destro, irradiantisi alla regione lombare dello stesso lato. La minzione fu accompagnata da vivo dolore e le urine emesse si presentavano di colorito ematico, assai torbide.

Questa sintomatologia durò per circa 3 mesi, per poi sparire senza alcuna cura; però è da notare che la gravidanza non fu condotta a termine inquantochè ebbe esito prematuramente al 7° mese. I dolori comparvero di nuovo alcuni mesi dopo, però questa volta non solo si irradiavano verso la regione lombare corrispondente, ma anche verso la regione ipogastrica e l'arto inferiore nello stesso lato. Pure la minzione nuovamente fu accompagnata da bruciore, come pure le urine si presentarono qualche volta di colorito giallo-rossastro, talaltra giallo intensamente torbido.

Non è stato possibile stabilire se tali fatti fossero stati acompagnati da temperatura febbrile o no.

Da tale epoca sino al febbraio del 1924 la sintomatologia, che brevemente vi ho accennato, si è presentata di quando in quando tanto che l'inferma decise di ricorrere alla Clinica.

Nell'anamnesi remota non si rileva alcuna malattia degna di nota. Mestruazioni regolari.

Anamnesi familiare negativa.

L'esame obbiettivo fece rilevare come le condizioni generali fossero assai scadenti e come si rilevasse con la palpazione dell'addome l'esistenza di una massa voluminosa, liscia, con contorni indecisi, dolente, localizzata in corrispondenza della regione del fianco destro.

L'esame delle urine, estratte asetticamente, fece rilevare: colorito giallo-scuro, reazione acida, albumina presente, glucosio e pigmenti biliari assenti, urea 16.32 per mille. Nel sedimento numerosi globuli bianchi, isolati ed a gruppi; globuli rossi e cellule vescicali.

Alla cistoscopia potei riscontrare che la vescica, la cui capacità era normale, presentava un'iperemia assai notevole e specialmente spiccata in corrispondenza del trigono.

Gli sbocchi ureterali si presentavano puntiformi, non situati su uno stesso piano, e specialmente in vicinanza dello sbocco ureterale destro potei rilevare una zona d'iperemia assai spiccata. Il cateterismo degli ureteri non fu facile, però la raccolta delle urine non provocò alcun disturbo.

L'esame delle urine totali ha confermato il reperto precedentemente osservato; l'esame delle urine raccolto separatamente ha fatto rilevare:

Rene destro: albumina presente; urea 5.44 per mille; sedimento: globuli bianchi in notevole quantità, qualche globulo rosso e numerose cellule di sfaldamento.

Rene sinistro: albumina assente; urea 13.60 per mille; sedimento: qualche raro globulo bianco, alcune cellule di sfaldamento.

La radiografia, che vi presento, dimostrò anche in questo caso il normale decorso delle sonde bismutate, previamente introdotte nell'uretere, fino al bacinetto.

Accertatomi da tale esame che non solo la lesione era a carico del rene di destra, ma anche che il rene sinistro era bene funzionante, decisi di intervenire. Infatti il giorno 8 febbraio del 1924 in morfino-eteronarcosi praticai la nefrectomia data la diffusione delle lesioni, che voi stessi potete constatare sul pezzo, che vi presento, ritenendo non conveniente una cura conservativa.

Il decorso postoperatorio fu ottimo; la febbre cadde completamente il 2° giorno. La paziente lasciò la Clinica guarita dopo poco più di un mese (26 marzo 1924).

Dall'esame operatorio ed anatomico dei pezzi resecati e dei reni, che tra poco vi riassumerò e che è lo stesso per tutti i 5 casi descritti, a parte il numero dei focolai patologici e dalle storie cliniche delle mie malate (tutte donne), risulta che esiste una forma infiammatoria del rene con focolai multipli prevalentemente corticali, ora scarsi, ora tali da invadere gran parte dell'organo, con infiltrazione leucocitaria e degenerazione corririspondente del parenchima, prevalentemente corticali, raramente unici, per lo più con scarsa, ed evidentemente successiva compartecipazione della pelvi, dell'uretere, della vescica. Spesso la forma è unilaterale. La bilateralità si fa tardivamente. Non si ha formazione di pus.

L'anatomia patologica e la natura delle lesioni, simile in tutti i casi, è bene definita dagli esami dei pezzi asportati. Dei reni dei due ultimi casi accennati non potete avere una idea esatta per quanto si riferisce al volume dell'organo, poichè il liquido di fissaggio ha alterato notevolmente questo dato. Il volume di tali organi era notevolmente aumentato, al momento della nefrectomia, come pure si poteva rilevare una evidente congestione diffusa a tutto il parenchima. Non mancava neppure un certo grado di edema diffuso del grasso perirenale. In due casi esisteva perinefrite fibrosa.

Raramente l'inizio è acutissimo o acuto con febbre variamente alta e con fenomeni generali corrispondenti; spesso sono preceduti o un intervento operatorio, o un parto, o una malattia infettiva.

Clinicamente si ha da parte dell'albero urinario dolore lombare con le consuete irradiazioni, piuria non abbondante, ematuria microscopica e talora macroscopica, fenomeni vescicali più o meno accentuati.

La forma non sembra avere tendenza a guarire spontaneamente. Si possono avere periodi di miglioramento o di tregua e *poussées* anche a distanza di tempo.

Sull'inizio dell'affezione, che secondo Broglio, si stabilirebbe *d'emblée*, basta considerare il decorso del male nelle due donne, che vi ho presentato.

Dall'anamnesi si rileva come qualche anno fa vi siano stati dei disturbi, allora non bene difiniti; vi sia stata temperatura febbrile, ecc., e pure si rileva come la sintomatologia attuale sia iniziata dopo una gravidanza.

E non è cosa trascurabile per spiegare la successiva alterazione del rene sinistro, il fatto, controllato dall'esame radiologico ed operatorio, che tale organo non si trovava in sede normale.

Nel secondo caso che vi ho presentato pure si rileva che il processo si è svolto in una donna già affetta da colecistite ed appendicite e che va facilmente soggetta ad angine.

La capsula è bene svolgibile; in corrispondenza della corteccia si rileva poi l'esistenza di multipli focolai isolati o confluenti di aspetto giallastro, rilevati, con depressioni irregolari qua là, a limiti non netti, di forma emisferica o cuneiforme non regolare, con consistenza assai spiccata. Nelle due donne che vi ho presentato stamane e nel 3° caso, che vi ho riferito, tali focolai sembravano unici o scarsi.

L'esame microscopico ha dimostrato che queste zone corticali erano zone infiltrate da elementi leucocitarii senza colliquazione suppurativa, con distruzione del tessuto proprio del rene, degenerazione epiteliale, lesioni glomerulari e vascolari.

L'esame batteriologico ha dimostrato nei casi in cui fu praticato, il batterium coli, lo stafilococco, lo streptococco.

Tali forme devono rientrare in quel quadro, che Broglio ha recentissimamente descritto (1) con la denominazione di *nefriti apostematose*.

Tali forme vanno distinte dalle nefriti suppurative ad ascessi miliarici o ad ascessi maggiori unici o multipli, chiusi o aperti sia nel grasso perirenale sia nel bacinetto, dalle pielonefriti semplici o specifiche, tanto più dalle pielonefriti calcolose e da quelle con distensione renale (idropionefrosi, pionefrosi), ecc.

Esse sono generalmente confuse nelle descrizioni dei Trattati colle pielonefriti discendenti.

Giustamente Burci fin dal 1902 notava che la pielonefrite suppurativa discendente o ematogena dovrebbe chiamarsi: nefrite suppurativa. Queste forme sono state del resto dal punto di vista anatomico ampiamente descritte da Albarran, Schmidt, Aschoff, Wumschein, ecc.

Albarran distingueva una forma sclerosa ed una forma suppurativa e di questa 3 tipi: la nefrite *rayonnante*, la diffusa infiltrata e gli ascessi metastatici e da un altro punto di vista distingueva: una forma iperacuta (congestione ed ecchimosi), una forma acuta (focolai disseminati di diapedesi attorno ai glomeruli), una forma prolungata, nella quale « i focolai microbici sono usciti dai vasi ed hanno provocato intorno dei piccoli ascessi o solamente della sclerosi » (Legueu).

Evidentemente la forma che sto considerando è compresa tra queste due ultime.

Nel suo recente trattato Marion giustamente descrive queste forme dal punto di vista anatomopatologico come nefriti e distingue: una nefrite acuta congestiva, una nefrite suppurata corticale, una nefrite suppurata *rayonnante*, l'ascesso del rene, la nefrite sclerosa, la nefrite suppurata diffusa (associazione di tutte le forme precedenti).

Evidentemente la forma, che sto illustrando, è la seconda: nefrite suppurata corticale, di cui Marion distingue due varietà, una con ammassi di elementi di infiltrazione periglomerulari, perivascolari, pericanalicolari ed una con ascessi da un grano di miglio ad un pisello.

Dal punto di vista clinico quest'urologo però non distingue più queste forme varie e considera solo le pielonefriti acute, le subacute e le croniche. Egli accenna però ad un periodo presuppurativo nelle forme acute, la cui sintomatologia corrisponde appunto a quello della forma da me considerata.

Il Broglio unisce vari casi che diversificano da quelli, che io prendo in considerazione, perchè o esistevano ascessi veri e propri, o perchè esisteva dilatazione della pelvi, o perchè coesistevano calcoli, ecc. Esse erano nefriti suppurative, pielonefriti calcolose, ecc., forme cioè ben note e bene individualizzate.

Ad ogni modo la denominazione di *nefrite apostematosa* usata da questo autore non è accettabile; come pure non è accettabile, perchè può determinare confusione con altre forme, la denominazione di *nefrite suppurativa* o di *pielonefrite discendente*.

Io credo che un nome esatto, che identifichi esattamente e distingua queste forme da altre simili sia necessario: e credo che la migliore denominazione sia quella di *Nefropielite*. In tali forme la lesione è evidentemente ematogena e primitiva del parenchima renale, anzi più della corticale e che solo successivamente, e di solito non grave, si ha un'alterazione della pelvi per l'eliminazione di globuli bianchi e di germi.

Nei nostri casi sono mancate completamente non solo lesioni gravi della pelvi, dell'uretere, della vescica (tranne in un caso), ma anche le cause capaci di determinare un ristagno (calcoli, ste-

---

(1) BROGLIO. *Contributo alla conoscenza della nefrite apostematosa e del suo trattamento chirurgico:* Arch. It. di Chir., vol. X, F. 6.

nosi, ecc.) e quindi tali da favorire una lesione da prima a carico della pelvi e successivamente del rene.

E come in patologia si definisce varo-equino o equino-varo un piede, in cui predomina rispettivamente il varismo o l'equinismo, così mentre è da riservare il nome di nefrite alla flogosi esclusivamente renale, di pielite a quella esclusivamente pelvica, di pielonefrite alle infezioni con prevalente o primitiva lesione pielitica e secondaria lesione renale, così chiamerei queste forme in cui predomina la lesione renale: Nefro-pieliti.

Ho detto che evidentemente in questi casi bisogna invocare come via seguita dai germi per fissarsi nel rene la via ematogena. La localizzazione corticale, la prevalente lesione renale sulle lesioni delle vie di escrezione sono dati certi; viene facile l'escludere una diffusione per via linfogena e tanto più una diffusione per via ascendente. La vescica infatti non presentava nei casi da me osservati lesioni che si potessero ritenere primitive.

È evidente ancora che per quanto sia varia la qualità dei germi capaci di determinare la lesione (b. coli, cocchi piogeni) il reperto anatomo-istologico di infiltrazioni leucocitarie a focolai non è quello di veri ascessi (1) perchè non si ha colliquazione purulenta dei focolai stessi, sebbene si abbia una piuria non grave.

È appunto per definire questa particolarità anatomo-patologica che il Broglio ha descritto queste forme col termine di « apostematose », termine dei vecchi chirurghi, che ormai ha perduto ogni significato nella moderna patologia, ma che è stato evidentemente scelto come un *mezzo termine* per significare flogosi a tipo suppurativo infiltrativo leucocitario con distruzione del parenchima, senza colliquazione purulenta.

Io credo che il termine *nefropielite*, a cui si potrebbe aggiungere ematogena, sia più preciso e più accettabile. Con esso si distinguono queste forme dalle pielonefriti, dalle nefriti suppurative con ascessi e caverne suppurative, dalle pielonefriti specifiche. Ma come queste ultime, sebbene siano spesso ematogene ed a focolai più o meno numerosi, offrono caratteri anatomo-patologici e clinici, per cui non hanno bisogno dell'aggettivo ematogene, così dicasi di queste forme, tanto più che le pielonefriti ed anche le nefriti suppurative possono essere pure ematogene, mentre in quelle ascendenti ossia secondarie e lesioni basse del sistema urinario si hanno caratteri anatomo-patologici e clinici che le differenziano.

E neppure aggiungerebbe un carattere differenziale la denominazione « a focolai multipli », sia perchè in qualche caso il focolaio può essere unico, sia perchè anche le pielonefriti e le nefriti suppurative possono avere multipli focolai.

(1) A queste con ascessi e con caverne suppurative andrebbe dato più propriamente il nome di: nefriti suppurative.

In seguito allo studio clinico ed anatomo-istologico di alcuni reni da me operati io ho creduto (1) di dover descrivere alcune forme unilaterali a focolai flogistici parcellari cronici primitivamente renali anzi corticali e con secondaria compartecipazione della pelvi, come: Pielonefriti dolorose od ematuriche unilaterali. In conseguenza di queste mie nuove osservazioni crederei più opportuno chiamare queste forme: *Nefropieliti croniche dolorose* od *ematuriche unilaterali.*

Alle infiltrazioni parvicellulari a focolai con degenerazione epiteliale e sclerosi parenchimale e glomerulari io ho dovuto attribuire i fenomeni dolore ed ematuria in quei casi, che fino alle mie osservazioni rientravano nel quadro indefinito delle cosidette *Nefralgie od ematurie essenziali*.

Studiando i casi attuali e confrontandoli con quelli non è da escludere che non si tratti delle stesse forme: in quelli con decorso cronico e con fenomeni prevalentemente dolorosi ed ematurici, in questi, che vi presento invece con decorso acuto e subacuto con febbre, fenomeni generali con dolore, con scarsa piuria e talora anche con ematuria, microscopicamente quasi costante in tutti.

In questi si hanno focolai di infiltrazione leucocitaria e degenerazione parenchimale, glomerulare e vascolare.

La *diagnosi* della Nefropielite non è facile.

La diagnosi può essere posta in primo luogo con tutte le forme infettive febbrili (tifo, colecistite, appendicite, ecc.). Solo un accurato esame delle urine raccolte direttamente dalla vescica, il cateterismo ureterale, la dimostrazione che il dolore spontaneo e provocabile è in rapporto col rene, il volume lievemente aumentato dell'organo, possono permettere questa diagnosi.

La diagnosi differenziale colla pielonefrite semplice è molto difficile: l'unilateralità, la scarsezza della piuria e la scarsezza dei sintomi vescicali, in contrasto coll'importanza dei fenomeni generali, possono avere valore.

Dalla pielonefrite calcolosa varrà specialmente l'anamnesi e la radiografia.

Dalla tubercolosi renale, se decorrente con fenomeni generali gravi, varrà l'esame batteriologico e biologico delle urine, la coesistenza di altre localizzazioni, il reperto tipico di lesioni cistoscopiche specifiche.

Dalla pionefrosi semplice o calcolosa si differenzierà la nefropielite per lo scarso aumento di volume dell'organo, per i dati anamnestici, per i dati radiografici (pielografia).

(1) TADDEI. *Le pielonefriti croniche ematuriche e dolorose unilaterali.* Arch. It. di Chir., vol. II, n. 4, 1920.

Credo che non si avrà quasi mai l'occasione di istituire una diagnosi differenziale coll'ascesso perirenale, la cui sintomatologia è ben diversa (edema superficiale, urine limpide, aumento di volume, fissità della tumefazione, dolorabilità viva).

*
* *

Quale è il trattamento più opportuno di tali forme?

È da consigliare l'attesa anche fino a 40 giorni come vuole Israel? Se i fenomeni generali sono scarsi, credo che una certa attesa possa essere consentita: non è escluso che qualche caso possa arrivare a guarigione spontanea. Ad ogni modo nessun vantaggio è da attendersi dai cosidetti antisettici urinari e forse neppure da altri trattamenti medici. Nel primo caso che vi ho mostrato la malata fu sottoposta a cura intensa di caseal calcico, come pure furono praticate iniezioni endovenose di sulfoarsenol, come consiglia Alessandri nelle pielonefriti, ma senza alcun vantaggio.

Il trattamento vaccinico potrebbe essere tentato, se raccogliendo asetticamente le urine, si potesse raccogliere e coltivare con certezza il germe causale: ciò non è facile. Tenuto conto degli scarsi risultati che si hanno in genere nelle suppurazioni, non credo che ci sia molto da sperare.

Il trattamento, che si impone nel massimo numero dei casi di fronte a queste forme morbose, è il trattamento chirurgico. Il procedimento da seguire non può essere unico.

Il cateterismo dell'uretere a permanenza non ha indicazione in queste forme, perchè non esistono focolai settici aperti nel bacinetto e non esiste ristagno.

Le operazioni, che a priori sembrerebbero più indicate sarebbero la nefrotomia o la nefrostomia: ma molte considerazioni le fanno rigettare:

1) l'incisione nefrotomica anche estesa non può comprendere che alcuni focolai, non tutti;

2) la nefrostomia è pericolosa per le emorragie secondarie a cui espone.

Irrazionale è drenare il bacinetto, che in queste forme è poco o punto leso e dove non esiste alcun ostacolo allo scarico o alcuna condizione di ristagno, quindi nessuna indicazione logica ha tale drenaggio sia attraverso il rene, sia attraverso il bacinetto con pielotomia, come consiglia Broglio.

Questo stesso autore propone la decorticazione del rene (oltre alla pielotomia).

Scopo di tale trattamento sarebbe l'ottenere non solo la decongestione del rene, ma anche il dominio dei focolai infiltrativi corticali. Simile trattamento si può ritenere razionale? Io sono fermamente convinto di no. Ammesso che la decorticazione dell'organo possa portare come conseguenza la decongestione, non si sopprime la causa della congestione del rene che non deve essere attribuita alla costrizione dovuta alla capsula stessa, ma bensì al processo infiammatorio. D'altra parte non si tratta di ascessi, che si aprono, togliendo la capsula come non si drenano incidendoli. È noto infine che rapidamente la capsula si riforma, come hanno dimostrato le decapsulazioni renali sperimentali e gli esami anatomici a distanza dei reni decapsulati.

Se si tratta di uno o di pochi focolai l'estirpazione di questi con resezioni cuneiformi od ellittiche mi sembra processo più accettabile: nei tre casi dove io l'ho praticato, la guarigione è stata completa e rapida: nel 1° si è avuta successiva localizzazione del processo all'altro rene, il quale fu dovuto secondariamente essere estirpato presentando condizioni particolari non comuni (ectopia prevertebrale davanti alla 4ª lombare, deformazione, duplicità ureterale).

Nel 2° sono continuati lievi disturbi dolorosi, mentre sono tornate normali le urine.

Nel 3° caso si è avuta guarigione completa. Se si tiene conto che è difficile estirpare tutti i focolai di infiltrazione parvicellulare non sempre bene apprezzabili alla vista e al tatto durante l'intervento (se anche appare che esista uno solo o due o pochi focolai, non è escluso che ne esistano piccoli, poco o punto apprezzabili, che possono venire lasciati e possono evolvere successivamente), si deve ritenere che la resezione renale sia un processo da limitare ai casi nei quali esistono focolai unici o pochi, riconosciuti ad un accuratissimo esame dell'organo isolato.

Negli altri casi è alla nefrectomia, se i focolai sono multipli ed il processo è unilaterale, che bisogna ricorrere, come si pratica nella tubercolosi, colla quale, a parte la qualità delle lesioni in rapporto coll'azione specifica determinata dal bacillo di Koch, queste forme possono paragonarsi: focolai limitati multipli, di origine ematogena renali con successiva diffusione alle vie di escrezione con più o meno gravi fenomeni generali. Mentre nelle lesioni tubercolari la lesione evolve verso la caseificazione, l'ulcerazione, la caverna qui la lesione infiltrativa decorre verso la distruzione del parenchima con possibilità di trasformazione in forme dolorose ed ematuriche a decorso cronico.

Nelle nefriti suppurative unilaterali molti autori hanno sostenuto la convenienza della nefrectomia (Curningham, Hartung, Sieben, Burci, Pousson ed altri).

La nefrectomia è del resto riconosciuta come necessaria anche da chi preconizza trattamenti diversi più o meno conservativi e logici, e cioè nei casi gravi a focolai molto numerosi, quando, come è ovvio, l'altro rene sia sano e ben funzionante.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Esantemi da canfora.

per il dott. RENATO LAMBRI.

La pubblicazione apparsa sul fascicolo 1° del *Policlinico*, Sezione pratica, di quest'anno, del prof Sabatini, su certe proprietà tossiche della canfora, usata come medicamento, mi fa ritenere non inutile opera il portare altri tributi di osservazione circa lo stesso argomento, ma con riferimento a manifestazioni esantematiche che molte volte e da tempo vado notando, specie nella pratica pediatrica, in pazienti sottoposti a medicazione canforata per via ipodermica.

Anche nell'adulto mi avvenne tuttavia una volta di riscontrare, in seguito ad uso di canfora sotto cute, una manifestazione cutanea, ma a tipo d'orticaria, mentre nei bambini ebbi esantemi esclusivamente a tipo scarlattiniforme, pur variandone i caratteri di intensità ed estensione.

Devo dire che le mie osservazioni caddero tutte su casi medici, non chirurgici, come può accadere a medici pratici, a cui oltre l'esercizio della piccola chirurgia, è quasi esclusivamente riservato quello della medicina interna.

Cito qualcuno dei casi occorsimi e meglio studiati.

Nel settembre u. s. un mio amico cinquantenne, professionista, ammala improvvisamente di bronchiolite a piccoli focolai sparsi e di natura probabilmente influenzale, con temperature febbrili elevate, notevole dispnea ed adinamia cardiaca. Viene sottoposto ad iniezioni quotidiane di olio canforato, che si continuano, finchè l'ammalato, notevolmente migliorato, fa notare alcune moleste manifestazioni d'orticaria, intensamente pruriginose, apparse su tutto l'addome. Dubitando ciò poter essere cagionato dalla canfora, sostanza balsamica, quantunque da nessuno mi fosse stato in precedenza accennato ad una analoga osservazione nè ne avessi trovato parola nella letteratura medica a me nota, se ne sospese subito la somministrazione, ed in breve tempo orticaria e prurito completamente scomparvero.

Circa questo caso è utile ricordare che il malato aveva nei giorni di medicazione canforata sofferto anche di intensi vomiti ex-vacuo, ribelli ad ogni trattamento, che prostravano profondamente il p., dei quali non si era riusciti a trovare una ragione plausibile, e che si dileguarono al comparire dell'esantema; poichè se, come appare ora probabile, i due fatti — vomito ed esantema — erano ambedue di natura tossica, verrebbero qui a dar conferma del fatto che una determinata idiosincrasia, o manifestazione anafilattica, possa realmente esprimersi tanto con l'una come con l'altra di queste due differenti estrinsecazioni, cioè a carico ora del tubo gastroenterico, e ora del sistema cutaneo, giusta appunto le vedute correnti.

Nel febbraio poi di quest'anno cade ammalato un bambino di quattro anni per broncopolmonite destra, col solito quadro sintomatico accessorio: febbre alta, dispnea, polso frequente, lieve cianosi. Pratico iniezioni canforate biquotidiane per tutto il periodo acuto della malattia, e quotidiane quando le condizioni locali del polmone e generali del p. appaiono sensibilmente migliorate, senza arrischiarmi a sospendere del tutto la medicazione canforata, per certa pigrizia del miocardio a riprendere intera la sua efficienza funzionale.

Ma una sera vengo d'urgenza chiamato presso il piccolo malato, motivando i famigliari una nuova ripresa febbrile.

Accorro e trovo che il p., oltre una temperatura di 40° C., di notevole presenta pure il principio di una tipica eruzione scarlattiniforme alle spalle e alla fronte. Contrariato da questi fatti ai quali al momento non trovavo neppure una spiegazione che convenisse, mi limitai ad una prescrizione indifferente, per rivedere il malato al mattino seguente. E fu allora che trovai l'esantema generalizzato a tutto il corpo del bambino, rimanendone risparmiati soltanto gli arti inferiori. All'olio canforato decisi di sostituire etere solforico semplice, e dopo meno di due giorni il bambino entrava definitivamente in convalescenza, senza la minima traccia di eruzione cutanea, e con un rapido ritorno dell'intera attività cardiaca.

Nell'aprile poi di quest'anno una bambina treenne ammala di gastroenterite con diarrea, astenia grave e adinamia cardiaca. Oltre prescrivere le diverse cure del caso, pratico una iniezione di etere canforato giornalmente, osservando accuratamente di volta in volta il comportamento del sistema cutaneo della p. Ed ecco che circa in quinta giornata noto una lieve efflorescenza pruriginosa scarlattiniforme all'addome della bambina: sospendo anche qui l'uso della canfora sostituendola con caffeina e benzoato di sodio, e l'esantema regredisce completamente nella medesima giornata per non apparire in tutto il periodo seguente della malattia e della convalescenza.

Altri e numerosi sono i casi che potrei citare se ciò non fosse reso superfluo dalla monotona uniformità di questi. Ma ho accennato ad alcuni premendomi sopratutto far notare il fatto per sè, potendo essere questo un non inutile contributo allo studio delle controindicazioni della canfora in relazione a determinate condizioni dell'organismo a cui viene somministrata.

Circa il primo caso su cui mi sono intrattenuto, trattavasi di soggetto fumatore e con fegato non perfettamente integro, avente caratteri tali da spiegare una diminuita capacità funzionale, e quindi una insufficiente produzione in questo di acido glicuronico, indispensabile all'eliminazione per le vie renali del medicamento in parola.

Il secondo ed il terzo infine, come tutti gli altri osservati e non citati, si riferiscono a bambini della prima e seconda infanzia, i quali per tanto, secondo le mie osservazioni avrebbero in generale intolleranza anche per la canfora, così come l'hanno in maggior misura per altre sostanze medicamentose (oppio, p. es.).

Quali le cause di questo fatto?

Varie sono secondo me le ipotesi che si possono addurre, come del resto, per ogni forma di idiosincrasia, e che così brevemente riassumo:

1) Una particolare condizione del fegato infantile incapace anche normalmente di concorrere in modo valido all'eliminazione della canfora, così come si ha nell'adulto in dati momenti patologici;

2) Una esagerata sensibilità del sistema cutaneo del bambino verso stimoli solitamente inavvertiti, così da aversi manifestazioni tossiche ed anafilattiche (febbre, esantema), per cause destinate a rimanere senza effetto nell'adulto;

3) Una maggiore irritabilità a determinati stimoli dei nervi vasomotori nella prima età.

Ma non è ad ogni modo ciò che interessa al medico che cura, al quale, inteso solo a trarre dalla terapia il massimo vantaggio per l'ammalato con esclusione di ogni effetto secondario a questi dannoso, importa essenzialmente soltanto la conoscenza grossolana dei fenomeni e della loro dipendenza da causa ad effetto, lasciando agli studiosi del laboratorio l'arduo compito di scoprire l'intimo oscuro meccanismo che ha determinato quanto è caduto sotto l'osservazione empirica del medico pratico.

S. Daniele Ripa Po.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Sopra una sierodiagnosi della infezione tifoide.

Dott. VITTORIO VANNI, assistente.

La reazione di Widal nella diagnosi di infezione tifoide è ormai entrata da lungo tempo nella pratica corrente, e, data la sua semplicità, si è resa alla portata, si può dire, di ogni medico. Ma perchè risponda in ogni caso allo scopo sono necessarie agar colture recenti (di 12-24 ore), e, ad ogni modo, è noto come alcuni stipiti di bacillo tifico, divengano, nei successivi trapianti, inagglutinabili, onde la necessità di rinnovare lo stipite mediante un nuovo isolamento del germe da prodotti patologici di tifosi.

È noto anche come la reazione di Widal sia relativamente tardiva, non comparendo, quando è precoce, che verso la fine del 1° settenario di malattia. La siero-reazione da me studiata non rappresenta che una modificazione alla reazione di Widal, ma se ha, di fronte ad essa, lo svantaggio di essere un po' più complicata, presenta però due vantaggi: 1° È, sia pure di poco tempo, più precoce della reazione di Widal; 2° Si può agevolmente praticare con colture divenute apparentemente inagglutinabili.

Tale sieroreazione è inspirata alla prova di Bandi per la identificazione del vibrione colerico nelle feci, cioè alla così detta « agglutinazione allo stato nascente », per cui, seminando in una provetta contenente acqua peptonata le feci sospette, con aggiunta di siero anticolerico agglutinante di animale, si ha, in caso positivo, la agglutinazione dei vibrioni colerici che sedimentano al fondo della provetta contemporaneamente al loro sviluppo nell'acqua peptonata. Tale metodo è stato anche applicato dal Bandi, con appropriate modifiche, alla ricerca del bacillo del tifo nelle acque.

La reazione studiata è, rispetto alla prova di Bandi, una prova indiretta, in quanto che con essa non si ricercano i bacilli del tifo per mezzo del siero agglutinante, ma le agglutinine nel siero dei tifosi, rilevabili sul bacillo del tifo *nella sua fase di sviluppo*. Essa si pratica nel seguente modo: si preleva il sangue nei comuni capillari di vetro previamente sterilizzati e chiusi alla lampada alle due estremità, e si spezzano al momento della raccolta del sangue. Per la reazione è sufficiente una goccia di siero (ottenuto per separazione spontanea o per centrifugazione) che

viene aspirata con una pipetta sterile e versata in una provetta contenente due-tre cmc. di brodo sterile, in cui viene *contemporaneamente* seminata una ansata di agar coltura, non importa se non recente, di bacillo del tifo. Si semina un altro tubo con la stessa quantità di brodo, senza aggiunta di siero, come controllo. Il tutto viene posto in stufa a 37 gradi per 12 ore. In caso positivo, il brodo non viene intorbidato che scarsamente e si trova depositato al fondo della provetta un abbondante sedimento, costituito da bacilli del tifo, agglutinati durante le 12 ore di permanenza in stufa, per opera del siero dell'ammalato, *contemporaneamente* al loro sviluppo nel brodo. In caso negativo, il germe segue il suo sviluppo normale, intorbidando uniformemente il brodo, come avviene nel controllo.

Da quanto si è detto, si intende la necessità di raccogliere il sangue sterilmente, altrimenti germi inquinanti verrebbero ad alterare la lettura dei risultati.

Dall'osservazione di un centinaio di casi occorsi finora si può concludere per il valore diagnostico e pratico della reazione, in quantochè precede di due-tre giorni la reazione di Widal (appare immediatamente dopo i risultati della emocoltura) ed è positiva anche usando stipiti di bacillo tifico divenuto inagglutinabile. È opportuno citare a questo proposito un caso occorso alla osservazione del prof. Zeri, con reazione di Widal negativa e la reazione descritta positiva, in cui insorse poco dopo enterorragia mortale.

***

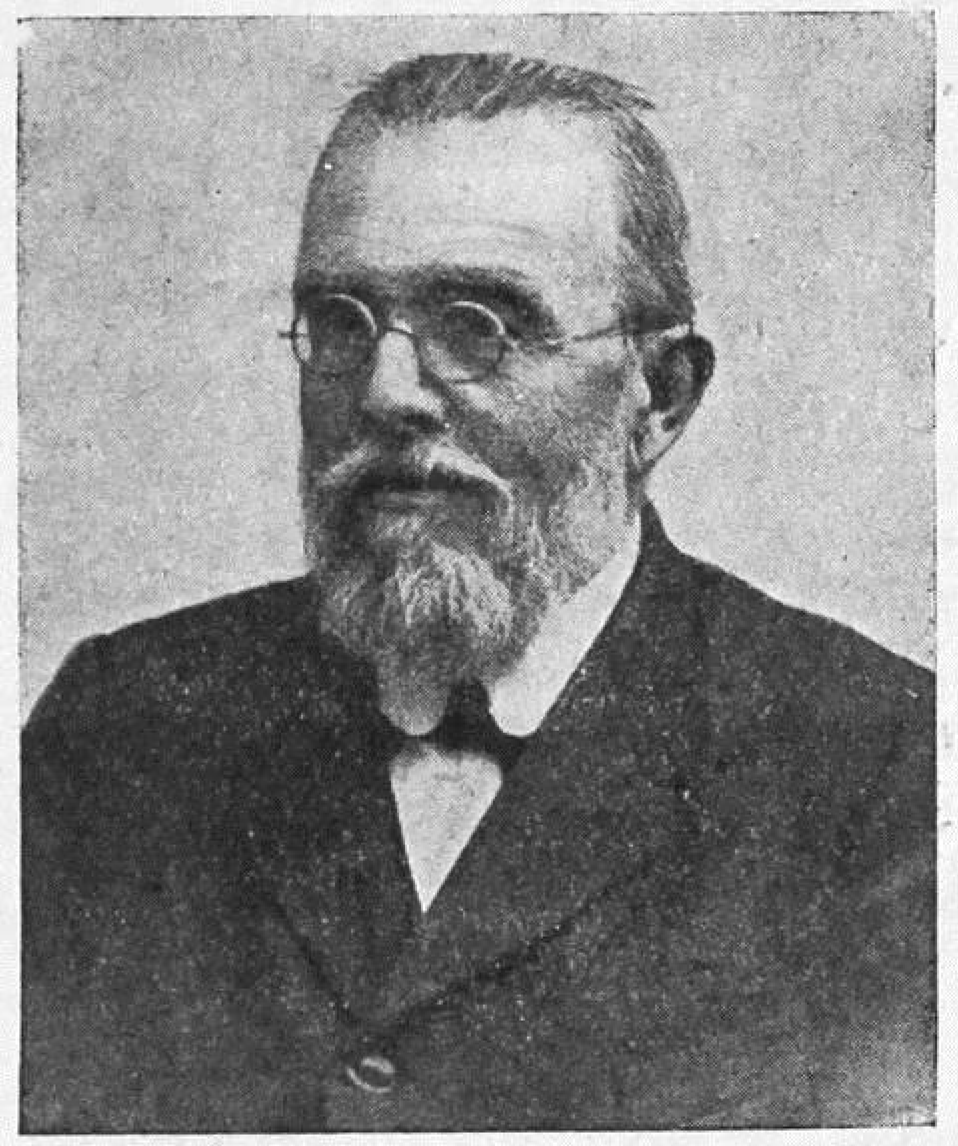
I sensi della mia viva gratitudine al professor A. Zeri, direttore dell'Istituto, che mi ha guidato e consigliato durante il presente lavoro.

BIOGRAFIE.

Giovanni Battista Grassi.
Un grande biologo che scompare

per il dott. MASSIMO SELLA.

Per dare ai lettori del *Policlinico* un'idea della vastità dell'opera scientifica di Battista Grassi (1), basterebbe presentare, con pochi commenti, l'elenco bibliografico dei suoi lavori. Ci contenteremo dell'eloquenza delle cifre, col dire che le sue pubblicazioni sono oltre quattrocento e forse raggiungono il mezzo migliaio!



Da un altro punto di vista, avremmo potuto limitarci, in questo giornale, a ricordare di lui le ricerche e le scoperte aventi più stretta attinenza con la medicina, se non temessimo di sminuire la sua figura di biologo nel senso più lato della parola; se anzi il più bell'insegnamento che egli, medico e naturalista insieme, lascia proprio ai cultori delle discipline mediche, non derivasse appunto dalla sua visione unitaria del regno animale, e praticamente non si esprimesse nell'ammonimento ai medici di diventare più naturalisti ed ai naturalisti di tener meglio presente l'uomo nelle loro ricerche e comparazioni.

Non per nulla i nessi più intimi collegano fra di loro gli animali tutti e l'uomo: nessi che consistono nella derivazione, ossia nella parentela, nell'identità o analogia delle funzioni, nelle interferenze e quindi negli adattamenti della loro

(1) Nato a Rovellasca, in prov. di Como, il 27 marzo 1854. Laureato in medicina a Pavia nel 1878. Nominato professore di Zoologia e Anatomia Comparata a Catania nel 1883. Chiamato alla cattedra di Anatomia Comparata dell'Università di Roma nel 1895. Nominato senatore del Regno nel 1908. Morto a Roma il 4 maggio 1925.

vita in comune. Fu questa chiara percezione, in un periodo in cui era più difficile averla, che portò il Grassi agli avamposti di una nuova scienza, di cui egli fu uno, e forse il principale, dei fondatori, ed a cui diede anche il nome: la *Parassitologia.*

L'Anatomia Comparata, vivificata dalla teoria di Darwin, aveva operato, nella prima metà del secolo scorso, la riunione dell'uomo ai suoi confratelli minori, dal punto di vista morfologico, illuminando di novella luce l'anatomia umana; nell'ultimo quarto del secolo, i rapporti che gli esseri inferiori hanno con l'uomo, gli adattamenti specifici in ospiti alterni ed i cicli dei parassiti, le analogie fra malattie parassitarie degli animali e dell'uomo, incominciarono a rivelarsi di grande importanza per la patologia. Di questo movimento di studi, che assunse in seguito proporzioni grandiose, e su cui oggi si fonda gran parte della medicina tropicale, egli fu un pioniere.

Ecco quanto scriveva, agl'inizi, il Grassi, nella prefazione ad una sua memoria di parassitologia comparsa nel 1881: « Ricordo che quando, studente ancora, frequentavo il corso di patologia generale, venivo preso da una forte curiosità di sapere perchè non si comprendesse nella patologia lo studio delle malattie di tutti quanti gli animali. E, quando ho veduto che il patologo sperimentale tentava di riprodurre le malattie dell'uomo nelle rane e nei conigli, ho domandato perchè non si studiassero anche le rane ed i conigli, e non questi animali soli, quando *ammalavano naturalmente...*

« Basta tentare una applicazione anche limitata del Darwinismo alla patologia, e si vede immediatamente che restiamo illuminati di una nuova e feconda luce... ».

Il Grassi aveva intuito anche l'avvenire che era riserbato alla batteriologia, allora ai primi passi: anzi si deve ritenere che solo le circostanze gli impedirono di diventare il Koch italiano. Egli mi raccontava un giorno come sin dal 1879, cioè appena laureato, avesse fissato la sua attenzione sullo pneumococco, molto tempo prima del Talamon e del Fränkel, ma che poi desistè da tale ricerca, mi pare per lo scarso incoraggiamento ricevuto dal Bizzozzero; come, per desiderio paterno, rinunciò a recarsi nel laboratorio del botanico Cohn, per apprendervi quanto allora dei batteri si conosceva. E ciò gli fece esclamare in uno dei suoi ultimi discorsi, rivolgendosi ai giovani: « seguite l'ispirazione della vostra mente, e non i consigli di coloro che ne sanno più di voi ». Consiglio non per tutti buono.

Ho l'impressione che negli ultimi anni il Grassi, il quale conservò sempre meravigliosa adattabilità e giovinezza di mente, pensasse che una nuova fase, foriera di grandi risultati per l'uomo, fosse da attendersi dallo sviluppo della fisiologia comparata, cioè dallo studio delle funzioni degli animali, con l'applicazione della chimica e della fisica. Ed egli stesso si sforzò di tener dietro a questi studi, che pure richiedevano una preparazione diversa dalla sua.

Questa sua giovinezza mentale si manifesta nell'impulso che egli cerca d'imprimere ai rami nuovi, germogliati dal tronco antico, di cui intuisce subito l'importanza. Egli che aveva nei suoi primi anni compiuto ricerche di anatomia comparata secondo l'indirizzo morfologico gegenbauriano, pubblicando un lavoro sullo sviluppo della colonna vertebrale dei pesci che è fra i fondamentali del tempo, incoraggia ora nel suo laboratorio l'indirizzo fisiologico dell'anatomia e la meccanica dello sviluppo; egli che si era occupato di filogenia, com'era di moda ai tempi di Haeckel, sostiene l'alta importanza della moderna genetica, cioè dello studio sperimentale dell'ereditarietà, della formazione dei nuovi caratteri e della selezione; esaltando l'opera del prof. Strampelli mette in evidenza il grande valore pratico di questi studi. Egli che per deficienza di mezzi aveva dovuto limitarsi, quando si trovava a Catania, a fare della biologia marina dalla riva del mare, seconda con entusiasmo il sorgere del Comitato Talassografico Italiano.

E non solo difende strenuamente l'Anatomia Comparata, il cui insegnamento, con vera insipienza, si sarebbe voluto abolire per i medici, ma sostiene che bisogna aiutare l'evoluzione degli studi con la creazione di cattedre speciali (e in particolare per la genetica): forse ripensava, ciò facendo, alla cattedra di parassitologia (che avrebbe dovuto da tempo essere creata per lui e non lo fu, con grave danno).

È vero ch'egli era anche dell'avviso che si dovessero istituire le cattedre quando c'erano gli uomini, e non in attesa degli uomini (1).

***

La sua attività scientifica si svolse impetuosa nei campi più diversi, ed è questo argomento di

---

(1) Il Grassi non elevava questo aforisma ad assioma e riconosceva che in certi casi è necessario invertirlo: per esempio, sosteneva l'opportunità di formare, ispirandosi dall'America, delle carriere governative per specialisti della malaria, persuaso che solo assicurando l'avvenire alle persone disposte ad occuparsi di malaria, si sarebbe assicurata la continuità delle ricerche.

sorpresa e di ammirazione per chi considera l'opera sua.

Egli percorse i dominî della Parassitologia animale e vegetale, della morfologia descrittiva e comparata, dell'embriologia e dell'istologia, della sistematica, della biologia e dell'ecologia. Nella maggior parte dei suoi lavori, che vanno dai Protozoi, ai Chetognati, ai Vermi, agli Artropodi, ai Vertebrati, tratta gli argomenti in veste di morfologo, di sistematico e di biologo.

E si cimentò anche brillantemente in un lavoro di critica storica, pubblicando nel 1911, sotto gli auspicî del Governo e per incarico dell'Accademia dei Lincei, una splendida monografia di oltre 400 pagine, in cui sono riassunti i progressi del cinquantenario nelle scienze biologiche e nelle loro applicazioni pratiche: zoologia, botanica, fisiologia, medicina e chirurgia e loro rami, igiene, antropologia, veterinaria e zootecnia, pesca, ecc.; libro di coltura generale, unico da noi in tale materia, che dovrebbe essere conosciuto dagli italiani, ed è invece quasi obliato, anche perchè oggi introvabile. Si farebbe bene a curarne la ristampa, con un'appendice che l'aggiornasse.

Un quadro organico del contributo che il Grassi apportò alla scienza, non è facile presentare ora; per tracciarlo bisognerà con più agio riprendere singolarmente in esame il numero stragrande delle sue pubblicazioni, e quelle che ne derivano. Il prof. F. Silvestri se ne è già occupato in un saggio molto pregevole, pubblicato pochi mesi fa dalla « Fondazione Grassi per gli studi zoologici delle malattie parassitarie », fra i discorsi esaltanti l'opera del Maestro alle onoranze che, presenti le maggiori Autorità politiche e scientifiche, gli furono solennemente tributate alla Sapienza nel maggio dell'anno scorso. Della sua rassegna mi varrò in alcuni punti della mia esposizione.

***

Si può dire che la vita del Grassi fu spesa nella ricerca scientifica, poichè cominciò a dare frutti originali sin dagli anni universitari, quando egli studiava medicina a Pavia, avendo per maestri il Golgi (da lui sempre venerato), il Crivelli, il Maggi.

Ancora studente scoperse le uova di *Anchilostoma duodenale* nelle feci, ne suggerì la ricerca come mezzo di diagnosi, dimostrò, contrariamente all'opinione d'allora, che anche da noi questo verme succhia sempre sangue e produce anemia. Più tardi riprese, con i fratelli Parona, le ricerche sul nematode nell'ambiente esterno, precisando le modalità di sviluppo delle uova, la penetrazione delle larve nel corpo umano per via orale (fu dimostrata poi anche quella per via cutanea), escludendo la possibilità d'infestazione per mezzo delle uova; spianava così la via al Perroncito nelle sue celebri ricerche sulla epidemia del Gottardo.

Di un altro nematode quasi sconosciuto, l'*Anguillula intestinalis* (*Strongyloides stercoralis*), indagò, anche con culture, il ciclo di sviluppo, e ne fece conoscere l'eterogonia (confermata subito dopo dal Leuckart) ed il dimorfismo (generazione rabditiforme alternante con generazione strongiloide).

L'elemento nuovo e geniale di queste scoperte sui nematodi umani era costituito dal fatto che egli vi giunse prendendo le mosse da forme affini, parassite di animali, e cioè studiando l'*Anchilostoma* del gatto e l'*Anguillula* del coniglio.

Chiarì i rapporti che intercedono fra la riproduzione dell'*Oxyurus* e la stagione, fra la sua uscita dall'intestino e l'ora serotina.

Dimostrò che l'*Ascaris lumbricoides* si sviluppa direttamente, senza ospite intermedio, nell'uomo, dall'uovo inghiottito.

Sul ciclo e sul modo di infestazione delle Filarie, iniziò e poi fece proseguire dal Noè, osservazioni di notevole interesse.

Indicò la *Periplaneta orientalis* come ospite intermedio della *Spiroptera sanguinolenta*.

Le ricerche sui Nematodi si accompagnano e sono seguite, fino al 1892, da altre su numerosi Cestodi; altro campo nel quale, da solo o associato al Rovelli, miete felicissima messe di risultati, ammirevoli anche nella trattazione anatomica, embriologica e comparativa. Riesce fra l'altro a seguire il completo sviluppo del cisticercoide della *Taenia elliptica* (*Dipylidium caninum*) e dimostra che la pulce del cane è l'ordinario ospite intermedio di essa; sorprende con la conclusione che la *Taenia* (*Hymenolepis*) *nana* non ha ospite intermedio: questo fatto sembra a molti troppo strano ed eccezionale per essere accettabile, ma viene in seguito confermato, e ancora recentemente (1924) dal Woodland.

Si occupa pure dei Trematodi (*Distoma hepaticum*, *Bilharzia bovis*); passando agli Acantocefali, dimostra, in cooperazione con il Calandruccio, che gli ospiti intermedi dell'*Echinorhynchus* (*Gigantorhynchus*) *moniliformis*, sono due coleotteri del genere *Blaps*.

Nella determinazione degli ospiti intermedi, per la quale il metodo non basta senza l'intuizione, nè questa senza quello, diede veramente la misura della sua capacità di zoologo. Egli stesso affermava che dalle ricerche sugli elminti aveva derivato i concetti fondamentali che dovevano guidarlo più tardi nello studio della malaria: il sussidio del metodo nella determinazio-

ne dell'ospite definitivo, delle analogie nella questione della specificità.

In quel periodo si occupò anche della trasmissione meccanica o passiva degli agenti infettivi, e precisamente fu il primo (1883) a dimostrare sperimentalmente che la mosca domestica può inghiottire ed eliminare ancora vive, nelle feci, uova di svariati vermi patogeni; giustamente presuppose (e fu poi dimostrato) che lo stesso avvenisse per i batteri, ed ebbe una chiara percezione del grave danno che la mosca rappresenta per la salute.

Approfitto dell'occasione per ricordare che anche per la malaria egli non escludeva, recentemente, la possibilità di casi di infezione per trasporto diretto di merozoiti da sangue a sangue di uomo, operato dall'anofele con punture immediatamente consecutive (non però dal *Culex* o da altri insetti ematofagi); la signora Grassi, silenziosa e degna sua compagna e collaboratrice, si prestò anzi ad una prova, che riuscì negativa. Gli mancarono poi i mezzi per giungere a conclusioni certe, con esperimenti estesi a molte persone.

Riprendendo il discorso precedente, altri ordini di ricerche dovevano contribuire, anche dal punto di vista tecnico, a preparare in lui il futuro indagatore del parassita malarico degli uccelli e poi della trasmissione della malaria umana: alludo alle sue osservazioni sui protozoi parassiti o commensali dell'uomo e di altri animali, ed alle sue numerose ricerche entomologiche.

I suoi primi lavori sui protozoi risalgono al 1879, anno successivo alla laurea. Descrisse allora diversi protozoi nuovi per l'uomo, fra cui la *Lamblia intestinalis* (1881), e sostenne, per primo, non doversi considerare l'*Amoeba coli* una forma parassitaria.

Diventato professore a Catania, si diede alle ricerche sui flagellati delle Termiti nostrane; ricerche che vennero poi riprese da lui stesso e, per suo consiglio, dalla Foà e dal Janicki, a Roma, ed estese anche ai flagellati delle Termiti africane ed australiane, che il Silvestri gli aveva portato di ritorno dai suoi viaggi. Per merito suo, che ne rivelò le meravigliose ed impensate forme e strutture, questi protozoi divennero presto l'oggetto di amplissime ricerche da parte di stranieri.

Se è ammirevole, nel suo studio sui protozoi delle Termiti, la trattazione morfologica e sistematica, lo è anche più l'intuizione dei nessi biologici che intercedono tra l'ospite e il commensale; mise infatti in luce il rapporto che esiste fra la loro scomparsa dall'intestino ed il cambiamento di nutrizione dell'ospite, da legnosa a salivare, e quindi con la maturazione degli organi genitali di questo, provocata da tale cambiamento di regime nutritizio; intuì l'importanza (da altri poi pienamente confermata) di questi protozoi per la nutrizione, avendo osservato che individui senza protozoi, separati dagli altri, difficilmente sopravvivono.

Per far comprendere meglio questi fatti, gioverà accompagnarli con un cenno sullo studio che, parallelamente, egli compì a Catania, in collaborazione con il Sandias, sulla formazione delle caste nella società delle Termiti italiane (*Calotermes flavicollis* e *Termes lucifugus*); il quale conta fra i migliori suoi, tanto che la Royal Society di Londra lo giudicò degno, con quello sui Murenoidi, del premio Darwin.

Il Grassi sostenne in esso che le forme componenti la società, operai, soldati, sessuati alati e neotenici non sono predeterminati dall'uovo, bensì si differenziano da larve eguali, in relazione al regime nutritizio, e ne fornì la dimostrazione esauriente per i neotenici o sessuati di sostituzione. E per ritornare ai protozoi, osservò dapprima che questi, con la maturazione degli organi genitali dell'ospite, scompaiono, indi passando ai rapporti che il fenomeno ha con la nutrizione, precisò l'influenza (che ha del meraviglioso) della nutrizione salivare per la trasformazione in reali di sostituzione.

Dal punto di vista pratico, mostrò così che per distruggere i nidi delle Termiti non basta sopprimere la regina, poichè la società può allevare dei reali complementari.

Non è facile ricordare, nonchè condensare in poche parole, i risultati delle sue numerosissime osservazioni sugli Artropodi. Nel 1883 pubblicò sull'embriologia dell'Ape un lavoro che Korschelt e Heider, nel loro Trattato di Embriologia Comparata, chiamarono « Wendepunkt in der Auffassung der Keimblätterbildung bei der Insecten », e che recentemente il Nelson (1915) giudicò il più importante del tempo, anche perchè il primo, dopo quello meno completo del Tichomiroff sul baco da seta (1882), che abbracciasse tutto lo sviluppo di un insetto, dall'uovo alla formazione degli organi. Dimostrò fra altro l'origine dell'entoderma da piastre polari, contrariamente alla opinione di chi riteneva si originasse da cellule vitelline.

In lavori di carattere monografico rivelò, si può ben dire, date le scarsissime nozioni che prima se ne avevano, l'organizzazione dei Tisanuri, indicandoli come gli insetti più primitivi; estese le ricerche anche alle Scolopendrelle, e ne dimostrò l'affinità con i primi.

Durante le ricerche a cui la raccolta del materiale lo costringeva in campagna, ebbe la ventura di mettere la mano sopra un aracnide, a

cui diede il nome di *Koenenia mirabilis*, con un aggettivo che, mentre sottintendeva un caldo omaggio alla propria consorte, era giustificato dalle peculiarità di questo artropodo; per esso infatti egli creò un nuovo ordine, mantenuto e ribattezzato in Palpigrada dal Thorell, il quale ricordava questa scoperta come la più notevole del secolo in aracnologia.

Più interessante per il lettore medico, è lo studio che il Grassi pubblicò a Roma nel 1907 sopra i Pappataci (*Phlebotomus papatasii*), i piccoli ditteri della febbre dei tre giorni: con esplorazioni lunghe e pazienti, coadiuvato dal fedele Gesualdo, riuscì a trovare tutti gli stadi del loro sviluppo, ed a determinare gli ambienti in cui le uova sono deposte (non nell'acqua, ma in luoghi umidi e scuri), fornendo alla profilassi della febbre dei tre giorni l'unica arma che ora possegga.

Abbandonò invece, dopo qualche tentativo, ancora insoluto ai suoi più giovani successori, com'egli amava dire, il problema dello sviluppo delle ancor più minuscole serapiche (*Mycterotypus*), anch'esse forse colpevoli di febbri passeggere.

La tirannia dello spazio mi obbliga alla misura, e perciò, trasvolando su altri lavori, e accennando appena a quello molto importante sul gozzismo, ed alla dimostrazione sperimentale ch'egli diede della sua indipendenza dal cibo e dall'acqua, impiegherò lo spazio che mi rimane ad adombrare l'opera sua nel campo della biologia marina (Murenoidi), dei parassiti delle piante (Fillossera) e della Malaria; ognuna delle quali basterebbe da sola ad assicurarne il nome ai posteri.

***

Le ricerche sulla fillossera furono affidate al Grassi nel 1905 dal Ministero di Agricoltura, che aveva riconosciuto giusto il concetto da lui sostenuto, esser necessario, per la scelta dei metodi più appropriati di lotta, uno studio esauriente della biologia del parassita; egli volle estenderlo a tutti i fillosserini italiani, e non bastando a ciò la sua partecipazione personale, seppe organizzare un lavoro collettivo, distribuendolo fra un valoroso gruppo di allievi, la Foà, il Grandori, il Topi, la Bonfigli. La monografia sulla fillossera, uscita nel 1912, è stata giudicata, anche dagli stranieri, opera monumentale non solo per mole (450 pagine con 19 grandi bellissime tavole), ma anche per l'innumerevole contenuto dei fatti e delle osservazioni, molti di interesse scientifico generale.

I cicli di sei specie, delle dodici studiate, sono qui indicati per la prima volta, gli altri sono meglio precisati.

Il Grassi non riuscì a trovare nella fillossera della vite il punto debole che permettesse di distruggerla (egli lamentava che questo animale non avesse nemmeno dei parassiti interni). Ma correggendo e completando le nozioni che del suo ciclo aveva fatto conoscere il Balbiani, mise in luce dei fatti sui quali è possibile basare una azione preventiva, destinata non a impedire, ma a rallentare di molto il processo di diffusione, con incalcolabile vantaggio pratico. In modo speciale dimostrò che, contrariamente all'opinione la quale rendeva le alate responsabili della diffusione a distanza, il che avrebbe resa quasi impossibile la lotta, nei vitigni a vite europea o di quelle specie americane, in cui la fillossera non riesce a produrre galle, la diffusione ha luogo per mezzo delle radicicole; e quindi può essere evitato che l'uomo stesso diventi il principale disseminatore del proprio danno.

Il Grassi fondò una vera scuola italiana della fillossera, che continuò anche dopo il 1912 le ricerche e le pubblicazioni.

***

Il contributo del suo lavoro sui Murenoidi può essere riassunto così: prima del 1887, anno in cui ne intraprese lo studio nello Stretto di Messina e nel suo Laboratorio a Catania, si conoscevano, fra i pesci più strani del mare, delle forme trasparenti e gelatinose con caratteri larvali, ma distinte dalle altre larve per le grandi dimensioni, e, come ora sappiamo, per la durata dello sviluppo larvale e per l'esagerazione di altri caratteri. Il Günther, la più alta autorità dell'ittiologia, considerava i Leptocefali forme aberranti, destinate a perire.

Il primo spiraglio di luce fu aperto dal Delage, che ebbe la ventura di assistere alla trasformazione, in acquario, di un Leptocefalo in Grongo (*Conger vulgaris*) e di mostrare così che una di queste larve si riallacciava sicuramente alla famiglia dei Murenoidi o Anguilliformi. La osservazione isolata del Delage non bastava però a risolvere il problema della vera natura dei numerosissimi Leptocefali; anzi l'ipotesi del Günther continuò ad essere accettata da molti.

Con quella finitezza ed ampiezza di ricerche che gli furono proprie, il Grassi, aiutato dal Calandruccio, fece luce meridiana sull'argomento, compiendo il collegamento dei più importanti Leptocefali del Mediterraneo, e di gran numero di uova a specie note di Murenoidi. La somma maggiore di questo lavoro è compendiata nella

bellissima monografia pubblicata nel 1913 dal Comitato Talassografico.

Menzione speciale deve essere fatta dello sviluppo larvale dell'Anguilla, da lui stabilito prima in base ai caratteri anatomici del *Leptocephalus brevirostris* (1893), poi sperimentalmente con la trasformazione in ceca ed anguillina (1896).

Se l'importanza di una scoperta va giudicata anche dall'eredità di studi ch'essa lascia, questa fu certo tra le privilegiate, ancor più che per l'interesse suscitato in un gran numero di persone che il mistero dell'anguilla, alimentato anche dalle fole degli antichi, appassionava (von Siebold era giunto a dire che gli rincresceva di morire prima di sapere come l'anguilla si riproducesse...). Servì infatti di punto di partenza alle ricerche oceanografiche dello Schmidt, le quali portarono a rivelazioni sensazionali sull'estensione delle migrazioni che compirebbero tutte le anguille europee nel lontano Atlantico, per raggiungere i luoghi di riproduzione, e le larve per compiere il viaggio in senso inverso, fino agli ultimi fiumi della Russia.

Il Grassi non conveniva però nella certezza che si dovesse escludere la riproduzione dell'anguilla nel Mediterraneo: tra le uova trovate a Messina egli ne riscontrò uno che sospettava fortemente appartenere all'anguilla, e proprio recentemente il Sanzo glie ne aveva pescato un secondo, ancora più sospetto. È un'altra questione ch'egli lascia aperta ai naturalisti italiani.

***

E veniamo ora alle sue scoperte sulla trasmissione della malaria, per le quali il suo nome primeggia fra quanti contribuirono alla soluzione di questo problema, d'importanza pari alla enorme diffusione e ai danni spaventevoli della malattia. Sono note le polemiche che sorsero sulla priorità della scoperta; esse servirono a defraudare il Grassi del premio Nöbel, e fu grande ingiustizia, ma gli diedero anche, prima di morire, la soddisfazione di vedere alfine riconosciuta in pieno l'opera sua e dei suoi illustri collaboratori, nei confronti del Ross, in molti paesi, e sorgere nella stessa Inghilterra un movimento a lui favorevole, manifestatosi nel 1920 con il conferimento della medaglia Mary Kingsley da parte della Scuola di Medicina Tropicale di Liverpool, fondata proprio dal Ross.

Chi nutrisse ancora qualche dubbio, legga il recente studio dell'Eckstein (1).

Qui non è possibile scendere ai dettagli della questione, ma essa può riassumersi nel giudizio che già molti, dal Lühe all'Eckstein, hanno dato, e che parafraseremo dal Silvestri: spetta al Ross il merito grande di aver seguìto il ciclo della malaria degli uccelli e di averne sospettato uno simile per quella dell'uomo; spetta al Grassi e ai suoi collaboratori il merito non meno grande di avere, indipendentemente da lui, identificato negli anofeli e nei soli anofeli i trasmissori della malaria umana.

Tanto il Ross che il Grassi fecero tesoro dell'ipotesi delle zanzare, la cui paternità risale al medico romano Lancisi, e che era stata ripresa in tempi recenti da Laveran, Manson, Koch, e in Italia da Bignami e Dionisi.

In un primo periodo e cioè fino al febbraio 1898, il Ross, facendo pungere i malarici da zanzare, osservò in queste delle cellule che sospettò come stadi di parassiti malarici umani, ma egli non riuscì a dimostrare la fondatezza di questa attribuzione, nè a produrre nell'uomo infezioni sperimentali, e tanto meno a determinare quali specie di zanzare fossero incolpabili e quali no.

Egli anzi non conosceva le specie e il nome delle zanzare, che indicò con termini quanto mai vaghi; osservò, si noti, le cellule sospette sia in « mosquitos con ali macchiate », sia, in un caso, in un « mosquito grigio »; questi mosquitos, per di più, non erano stati allevati tutti da larve, e quindi potevano già essere infetti (nè allora, e forse neppur ora con sicurezza, si poteva dire di quali parassiti le zanzare, in India, potessero essere infettate), e quindi l'argomento che esse avevano punto dei malarici non poteva più servire a dimostrare la natura dei parassiti stessi.

Passato allora a investigare la malaria degli uccelli e cioè il *Proteosoma praecox*, parassita di assai più facile sperimentazione, precedentemente scoperto (sembra fatto a posta) proprio dal Grassi, riusciva in quell'anno ad infettare il mosquito grigio (*Culex fatigans*), e notava (21 maggio) la simiglianza esistente fra questi parassiti e le cellule pigmentate che aveva trovato sia nel « mosquito ad ali macchiate » sia in quello « grigio »; e più tardi scopriva gli sporozoiti nelle ghiandole salivari (ottobre 1898).

Al 31 dicembre 1898, il suo giudizio sulla que

---

(1) « Zur Entdeckungsgeschichte der Malaria », *Zool. Anzeiger*, Bd. 58, 1923. Si leggano anche le difese del Grassi in « Documenti riguardanti la storia della scoperta del modo di trasmissione della Malaria », Milano, 1903, e in « Twenty-five Years after », *Parasitology*, vol. XVI, n. 4, 12 dicembre 1924; « The Transmission of Human Malaria », *Nature*, n. 2835, vol. 113, 1, 8, 29 marzo 1924; « Nach fünfundzwanzig Jahren », *Centralbl. f. Bakter.*, Or., Bd. 92, 1924; vedi un mio articolo in *Vers la Santé*, vol. V, n. 6, 1924, Paris; i discorsi di Casagrandi e Silvestri nel volume delle onoranze; ecc.

stione della trasmissione della malaria umana si riassumeva (*Ann. Inst. Pasteur*) ancora in queste sue stesse parole: « Je considère comme probable que la malaria est communiquée à l'homme uniquement par les morsures des moustiques et, peut-être, d'autres insectes ».

« Il est bien probable que le parasite du paludisme n'a chez l'homme qu'un hôte accidentel... sans que son passage dans le sang humain soit indispensable ».

Ma quando il Ross scriveva queste parole, che non si possono cancellare, in Italia il Grassi, solo dapprima, poi associato a Bignami ed a Bastianelli, aveva già risolto fondamentalmente il problema della trasmissione della malaria umana e ciò senza conoscere (vedi Eckstein) i lavori del Ross. Il 29 settembre, dopo di aver compiuto, nell'estate, un esame comparativo delle zanzare esistenti in luoghi malarici e indenni, seguendo un suo preciso e personale metodo di eliminazione, egli dichiarava sospette tre specie: *Anopheles claviger*, *Culex penicillaris* e *Culex malariae;* il 10 ottobre (in questo giornale) annunciava che il proprio inserviente aveva contratto una estivo-autunnale, mentre non poteva essere stato punto che da queste tre specie. Poco dopo, egli e Bignami confermano sperimentalmente l'incriminazione, provocando con esse la febbre in un sano. Intensificando le osservazioni sui costumi delle zanzare nei luoghi malarici, egli converge i suoi sospetti sull'*Anopheles claviger.* Il 4 dicembre Grassi, Bignami e Bastianelli provocano sperimentalmente con questo anofele un caso di terzana doppia. Il 22 annunciano di aver seguito il ciclo completo del parassita, riscontrandolo identico a quello del *Proteosoma* descritto da Ross.

Durante il successivo anno, 1899, il Grassi continua con i suoi collaboratori, e poi da solo, il lavoro sperimentale di eliminazione: riconosce la capacità di infettare a tutti gli anofeli, la esclude per i *Culex* e per gli altri ditteri ematofagi. Approfondisce le ricerche biologiche ed ecologiche degli anofeli, fonda su di esse le basi della profilassi. Nel 1900-1901, pubblica in due edizioni successive il suo meraviglioso libro « Studi di uno zoologo sulla malaria », a cui presto segue, causato dal dolore delle polemiche, un lungo periodo di silenzio, che solo dopo la guerra egli doveva interrompere, per dare, con le campagne di Fiumicino, nuovo vigore alla profilassi e nuovo impulso alle ricerche sulla vita e sui costumi degli anofeli.

L'intervento del Grassi, nello studio della trasmissione della malaria, fu quello decisivo di un uomo che riuniva in sè le diverse capacità necessarie alla impresa, e specialmente la coltura sistematica ed entomologica e il tirocinio di precedenti lunghi studi parassitologici. Mente meno teoretica e speculativa del Ross (si confronti il trattato del Ross con i lavori del Grassi), ma assai più pratica, più addestrata alle ricerche biologiche e sperimentali ed all'osservazione microscopica, sostenuta da una coltura zoologica più unica che rara, va diritto allo scopo, con rigore sperimentale, con metodo preciso e non con tentativi slegati; non cade — qui come in nessuna, si può dire, delle sue ricerche — in errore; anzi rettifica, con Bignami e Bastianelli, l'errore in cui il Ross era caduto interpretando i corpi bruni nelle zanzare (parassiti morti e chitinizzati) come spore, ossia forme di resistenza destinate a far sopravvivere il parassita fuori del corpo dell'uomo e delle zanzare: con quale conseguenza per la profilassi è facile immaginare.

Grassi pose su basi incrollabili la dottrina che non esiste malaria senza anofeli, e l'esperienza mondiale dell'ultimo venticinquennio gli ha dato ragione.

E sebbene ogni tanto, in Italia, torni di moda affermare che la dottrina malarica è tutta da rivedere, la verità incontrovertibile è che i suoi punti fondamentali poggiano su basi granitiche.

L'Italia ha il vanto di aver portato nela seconda metà del secolo scorso, con i lavori di parecchi uomini illustri, molti dei quali ancora viventi, e specialmente con quella che fu detta la Scuola Romana, un glorioso, preponderante contributo alle scoperte sulla malaria; tra questi nomi, quello di Battista Grassi va scolpito a caratteri maiuscoli, e può essere accompagnato dalla motivazione con la quale l'Università di Lipsia, nell'anno 1908 (dopo che Ross aveva trionfato con il premio Noebel) gli conferiva il diploma di Dottore *honoris causa*: « Johannes Baptista Grassi qui subtilissima sagacissimaque investigatione permultorum animalium parasiticorum naturam illustravit, imprimis vero eis quae de malariae morbi contagione, summa laboris studiique contentione statuit, pestem illam generis humani efficacissime docuit impugnare eoque laudem meruit aeternam ».

*
* *

Quanto sono venuto esponendo si riferisce sovratutto ai lavori scientifici; ma non basta ancora a dare un'idea approssimativa dell'opera compiuta dal Grassi. Poichè questa andrebbe ancora esaminata partitamente sotto gli altri aspetti in cui la prodigiosa attività di quel sommo si svolse: e cioè nei tentativi diretti a trasportare nel campo pratico — nella profilassi delle malattie infettive, nell'agricoltura, nella pesca — gli insegnamenti scientifici derivanti dalle ricerche proprie

e altrui; nella sua fattiva collaborazione a commissioni tecniche della Sanità, del Ministero di Agricoltura; nelle sue relazioni e nei suoi discorsi al Senato; infine nella sua attività d'insegnante e di capo di Laboratorio.

Del suo Corso di Anatomia Comparata gli allievi, cioè pochi naturalisti e moltissimi medici sparsi per tutta Italia, serberanno un ricordo incancellabile. Il corso subì un'evoluzione continua per le assidue letture da cui egli traeva i fatti nuovi ed essenziali; l'importanza di esso trascendeva quella scolastica, per assumerne una scientifica, che interessava grandemente i laureati dei laboratori, in quanto costituiva una vasta sintesi scientifica continuamente aggiornata. La trattazione anatomica più estesa era riserbata ai vertebrati, essendo egli guidato dal preciso intento di far comprendere, attraverso quella degli altri vertebrati, l'organizzazione dell'uomo; ma il corso comprendeva anche una parte molto importante dedicata all'evoluzione, alla genetica, alla embriologia ed alla fisiologia generale.

Costretto, negli ultimi anni, ad abbandonare la ricerca microscopica per la cecità che gli aveva tolto l'uso di un occhio e minacciava l'altro, aveva dedicato alcuni anni alla compilazione ed illustrazione di un grande trattato, il manoscritto del quale, comprendente migliaia di pagine, è rimasto purtroppo ancora informe; di ciò aveva beneficato anche il corso, acquistando, se possibile, in eccellenza, nell'equilibrio delle parti e nell'ordinamento dei fatti.

Nè va dimenticato che il Grassi tenne anche per molti anni un apprezzatissimo corso di entomologia agraria.

In che modo quest'uomo, pur attendendo ininterrottamente a ricerche personali, riuscisse a mantenersi al corrente del progresso di tanti studi, accumulando con gli anni una cultura sì vasta, poteva destare meraviglia in chi, pur sapendo della sua ferrea memoria, non fosse informato della rapidità stupefacente con cui, senza mai lasciarsi distrarre dai particolari inutili, faceva le letture (parlo di quelle che non avevano rapporto diretto con i suoi lavori in corso): noi allievi lo ricordiamo in quell'atteggiamento caratteristico, la faccia a pochi centimetri dal volume, gli occhiali rialzati sulla fronte, lo sguardo che scende dall'alto in basso delle pagine, per arrestarsi proprio sul punto importante o sul punto debole del lavoro.

Connessa alla sua attività didattica era quella di Direttore di Laboratorio: laboratorio infelicissimo per disposizione di locali, congestionato, male illuminato, « troppo piccolo laboratorio per così grande scienziato », come ebbe a dire uno straniero, ma in cui, sotto la sua guida, molte pregevoli ricerche vennero compiute, e da cui uscirono studiosi egregi.

Il Grassi, confessando i suoi « peccati », si scusava di essersi adattato a vivere in un ambiente « che di Istituto scientifico non ha che il nome », spaventato dal tempo che avrebbe dovuto perdere per ottenere ed allestire un nuovo grande Istituto, e di non aver saputo, anche per questo, creare una scuola che potesse gareggiare con quella di Golgi. Ma egli taceva, e noi dobbiamo ricordare, che l'influenza del suo ammaestramento si fece sentire, per la natura stessa delle sue ricerche e della sua attività, su innumerevoli persone fuori del Laboratorio, e sopra un gran numero di giovani studiosi ch'egli associava alle proprie ricerche, e dirigeva viaggiando continuamente da un punto all'altro.

La sua « scuola » si deve cercare anche nei nuovi Istituti e focolai di ricerche da lui creati o vivificati. Consapevole della ricchezza faunistica dello Stretto di Messina, che giustamente poneva in rapporto con la presenza di correnti ascendenti da regioni profonde (ipotesi che venne recentemente dimostrata dal fisico Vercelli, con le crociere nello Stretto), allorchè il senatore Volterra dà vita al Comitato Talassografico, propugna ed ottiene che venga creato a Messina un Istituto di Biologia Marina, il quale, per risorse locali, può considerarsi il più privilegiato del Mediterraneo, e che potrebbe anche essere intitolato al suo nome.

*
* *

Fu il Grassi uomo di personalità molto complessa, ed anche per le qualità e i difetti stessi del carattere, fuori dell'ordinario.

Entro un piccolo e fragile corpo, mirabile esempio del dominio che lo spirito può esercitare sulla materia, rinchiudeva una volontà, una forza nervosa, una capacità al lavoro formidabili. Dalle sette alle dodici del mattino, e dall'una alle otto della sera, in laboratorio, ed a casa da letto per altre due o tre ore, al lavoro, prima dell'alba: questo, anche nell'età matura ed avanzata, fu il suo regime costante di lavoro, interrotto da frequentissime peregrinazioni in ogni campagna di Italia, compiute nei primi anni viaggiando in terza classe e a piedi, con il fagottino del pranzo in tasca. (Egli faceva vergognare noi giovani, nel vederci superare di tanto in attività da un uomo assai più anziano).

Per rendersi ragione della sua produzione scientifica, non ci si deve confinare, invero, al solo laboratorio. La campagna, la libera natura, ove la vita di relazione si svolge in tutta la sua complessità, era il suo primo campo di osservazione, e direi d'ispirazione, da dove trasportava

in laboratorio le parti da assoggettare all'analisi, all'esperimento, alla tecnica di questo potente strumento, somma di infiniti altri. In ciò egli si riallaccia alla tradizione dei grandi naturalisti italiani, dallo Spallanzani al De Filippi, e in ciò ancora egli ci ammonisce.

Infatti, per quanto ammiratore della sistematica e della precisione tedesca, e formatosi in parte alle scuole di Gegenbaur, Bütschli, Kleinenberg, il suo genio fu di marca prettamente italiana. Nulla di meccanico e di automatico nel suo metodo di ricerca: la fantasia e l'intuito vi tenevano la parte principale. Nella scelta di un argomento o di una via da seguire era guidato spesso dalla previsione, sempre da premesse ben fondate, da un'idea chiara. Egli non era di quelli che trovano le cose per strada; ma le intravedeva da lontano e si dirigeva alla loro volta; e nemmeno era di quelli che tentano in tutte le direzioni, perchè fra di esse deve trovarsi la buona. Non fu un semplice specialista, ma la combinazione di parecchi specialisti.

Durante il lavorio della ricerca (chi ebbe la fortuna di stargli vicino ne serba nitido il ricordo), un numero stragrande di idee, di possibilità, di dubbi, di ipotesi, germogliavano nel suo cervello, con meraviglia di chi si intratteneva con lui, e talora si fondevano come in un crogiuolo, senza che apparentemente si compiesse, per il momento, una chiarificazione. Molte volte, a Fiumicino, quando ci ritrovavamo alla mattina, egli incominciava il suo discorso con parole di questa sorte: « Questa notte ci ho ripensato... non potevo dormire pensando... ». Ma poi l'intuito trionfava e la sua mente si polarizzava quasi infallantemente nella direzione giusta. (V'era forse, mi sia concesso scendere alle piccole cose, qualche affinità fra questo sicuro istinto nel valutare elementi imponderabili e l'abilità con cui egli, non diversamente da come sapeva scoprire fra mille un ospite intermedio, metteva la mano in laboratorio sopra un libro o un oggetto introvabile a tutti o che il Professore... non doveva trovare: il che fu anche causa di gustose scenette, che facevano spuntare sulle sue labbra un sorriso non sempre indulgente).

Scrupoloso rigore impiegava, successivamente, nello stabilire le prove, nel vagliare le cause d'errore.

Univa a ciò somma agilità nel cambiare atteggiamento mentale, nel portarsi sotto un nuovo punto di vista, nel sapersi liberare dalla suggestione, dalla tirannia estetica di un'idea, di un concetto aprioristico: facoltà quest'ultima molto più rara che non si creda.

Poichè la sua aderenza spirituale alla realtà, al fenomeno, era perfetta, assoluta. Ciò spiega come nei suoi lavori, pur così numerosi e svariati, non vi siano errori di qualche importanza, per cui gli stessi suoi nemici non hanno mai potuto attaccarlo che per fatti personali.

Sotto un altro aspetto, questa mentalità estremamente positiva, e preoccupata delle applicazioni pratiche, gli nocque forse, impedendogli di stampare un'orma altrettanto possente nel campo teorico; ma egli pensava che negli studi zoologici, non matematici ed empirici, la teoria ha possibilità limitate e che facilmente i suoi cultori fanno della filosofia semi-scientifica, come io credo giudicasse gran parte delle moderne teorie biologiche.

Le qualità d'intuito sopra ricordate si rivelano anche nella scelta di argomenti maturi alla loro soluzione. Per questo credettero alcuni di poter togliere fama al Grassi, per aggiungerla a quella degli osservatori precedenti, ed ebbero torto, o gli fecero involontariamente un elogio. Minerva nacque armata di tutto punto dal cervello di Giove, ma la scienza, di cui ella è patrona, si muove sopra un terreno di continuità. La superiorità del Grassi si manifesta sempre nella giusta impostazione del problema, nell'amplificazione che, in mani sue, subisce l'argomento, nel metodo e nei mezzi di ricerca quali la sua cultura anatomica, sistematica e biologica gli apprestava, nella compiutezza della soluzione. Questo deve essere ricordato specialmente per le sue scoperte sui murenoidi e sulla malaria, su cui si esercitò tale critica.

Dall'agilità mentale sopra ricordata, gli derivava la possibilità di accudire contemporaneamente a più di un lavoro e farlo avanzare, di essere presente in qualunque momento alle ricerche dei suoi allievi. Da essa e dalla ferrea memoria, quella di riprendere senza alcuno sforzo lavori interrotti da anni e di ritrovarcisi senza un nuovo periodo di preparazione. Dalla volontà, quella di saper lavorare « ad alta tensione »; e ricordo, fra le sue osservazioni, questa: che certi problemi biologici, in cui la transitorietà dei fenomeni entri come elemento importante, difficilmente possono essere risolti da un osservatore che non sia capace di compiere una rilevante quantità di lavoro in un tempo determinato; che cioè non bastano in quei casi intelligenza e metodo, senza rapidità e concentrazione.

Nel discorrere non aveva nè rotondità nè finitezza di periodare; esprimeva il pensiero in termini frammentari, con parti sottintese, con grande vivacità e ricchezza d'immagini, d'ispirazione personale, con gesto abbondante; entro il disordine formale e l'irregolarità dei contorni, tuttavia, il filo logico si svolgeva robusto ed inattaccabile; spesso trovava la parola o la frase incisiva e riassuntiva.

Anche la sua prosa ha uno stile personale ben

marcato. Grassi si lagnava di non saper scrivere con facilità ed eleganza. In mezzo a pagine stentate e contorte, se ne incontrano tuttavia molte di efficacissime e piene di uno scintillio particolare. Chi ebbe la ventura di assistere alle sue letture di volgarizzazione sulla malaria, che due anni fa egli tenne agli ingegneri, e alle lezioni per i medici dell'Argentina (lezioni e letture che bisognerebbe pensare a pubblicare), a taluni suoi discorsi al Senato e altrove, alle sue difese della Anatomia Comparata, ecc., ebbe splendide occasioni per apprezzare le sue migliori doti nel dire.

Aveva anche sortito qualità formidabili di polemista. Dirò anzi che la sua vita trascorse in un battagliare continuo. Era perciò temuto e non sempre desiderato nelle Commissioni amanti del quieto vivere, che sovente scandalizzava con la franchezza brutale e disturbava con l'imposizione delle proprie convinzioni.

C'era anzi chi sorridendo gli diceva: « Se lei sapesse sorvegliarsi e misurare le parole, la farebbe da padrone in più di un ministero ».

Ma per spiegare prima, ammirare e scusare queste qualità e difetti del Grassi, bisogna metterli nella loro giusta cornice.

Il Grassi non ebbe, dirò meglio non sentì, alcun riguardo alle apparenze, alcun rispetto di mondo; non per partito preso, e nemmeno per incomprensione, ma per il poco valore essenziale che attribuiva loro; e poi perchè si rifiutava a distogliere un solo minuto ai propri lavori (anche per questo, credo, lasciò da parte la politica). Non si può dire che la società abbia avuto alcuna presa su di lui. Ho parlato sopra della sua innata sincerità nell'aderire alla sostanza delle cose; ora il senso dell'opportunità e delle convenienze, fondate sul calcolo dell'utilità personale, che non ha significato in scienza, non ne aveva alcuno per lui nei rapporti con gli uomini. Così egli classificava semplicisticamente l'umanità in tre categorie: coloro che lavorano sul serio, coloro che fanno finta di lavorare e coloro che apertamente non producono nulla.

Ognuno comprende quanti guai sia destinata a tirarsi addosso la persona che, nella vita sociale, si uniformi a tale valutazione. È una prospettiva che il Manzoni, il quale fu tanto caro al Grassi, forse avrebbe illuminato di un suo sorriso; e ciò mi viene in mente perchè udii fare al Grassi questa distinzione proprio nella villa del Manzoni a Lecco, dove, ospite della nipote, studiava gli anofeli del Lago.

Quand'era di buon umore, era capace di prendere a braccetto per le vie di Roma il più modesto indigeno della Campagna romana, incontrato a caso. E non si può affermare che il vestito del professore fosse sempre il più elegante. In laboratorio, dove d'inverno si gelava, era obbligato a tenere i piedi senza scarpe sullo scaldino, e in questa tenuta riceveva personaggi di riguardo. Uomini di qualsiasi condizione potevano liberamente avvicinarlo e discutere con lui.

Non praticava l'arte d'imporre rispetto ai propri simili salendo sopra un piedistallo adatto a mantenere le distanze e a far sparire i propri difetti; qualche volta il nostro Maestro (ancora il ricordo ci commuove) scendeva fino a umiliarsi con noi, pubblicamente, della sua pochezza!

Strano contrasto! Egli, nello stesso tempo, sentiva in modo quasi spasmodico l'amor proprio, ed era gelosissimo della sua fama scientifica, la cui conquista lo aveva spronato per tutta la vita e che aveva difeso con l'arma della penna; aveva grandemente sofferto quando si tentò di rimpicciolire i suoi meriti nelle scoperte della malaria e parve rasserenarsi quando le onoranze dell'anno passato, promosse suo malgrado, gli dimostrarono la considerazione che il mondo aveva per lui. D'altra parte non temeva di essere eccessivo, duro nei giudizi, verso chiunque. Con tutto ciò noi che gli fummo vicini possiamo testimoniare della sua estrema modestia, possiamo testimoniare che mai il suo labbro pronunciò una parola presuntuosa.

Nè diversamente la sua ruvidezza esteriore nascondeva l'intima semplice bontà. Se anche con noi fu talora acre, pungente, e perfino ingiusto negli apprezzamenti, chi rammenta ora queste piccole cose? Restano incisi nella memoria quei segni, quelle espressioni che non potevano mentire sulla natura del substrato profondo da cui sgorgavano, resta il ricordo del gran bene che ci fece.

Ancora lo vedo entrare nei tuguri di Fiumicino; lo vedo curvarsi sopra un bambino malarico e raccontargli in dialetto lombardo la storiella delle tre ochette...

Orbene, per comprendere a pieno quanto s'è detto, e moltissimo si potrebbe aggiungere, della personalità travagliata del Grassi, bisogna tener presente che egli fu « un grande passionale », e che una sola fu la passione soverchiante che lo pervase, a cominciare dal giorno in cui, uscendo dall'Università, sacrificava le ricchezze che la professione gli avrebbe conferito, per dedicarsi interamente alla ricerca scientifica, quando respingeva il consiglio del prof. Orsi che lo preconizzava, assieme al Grocco, fra i primi clinici italiani, fino alla vigilia della sua morte, in cui si fece portare a braccia, sopra una poltrona, nell'aula di Anatomia e Fisiologia, per tenervi l'ultima lezione, perfettamente conscio dell'imminente fine, come le lettere lasciate dimostrano.

Egli fu l'idealista della scienza.

Il suo ardore, anzi furore di lavoro, l'eccessività verso sè stesso e gli altri, il coraggio dimostrato nel sottoporre sè stesso a pericolosi esperimenti d'infezione, la sua rinuncia a tutto, salvo che alla indagine e allo studio, sono alimentati da questa sacra fiamma. Bisogna salire molto in alto per portarsi al piano della sua anima.

Dono più prezioso dello stesso insegnamento scientifico, egli diffuse intorno a sè la fede entusiastica; non disse mai una parola che esprimesse scetticismo o dubbio sull'essenza di quell'ideale, ma solo, talvolta, di sconforto.

L'ultima volontà del Maestro si è espressa con un pensiero pieno di poesia. Ha voluto essere sepolto senza onori in un piccolo cimitero della campagna romana, in mezzo all'umile gente che fu disfatta dalla malaria (1).

Il cimitero di Fiumicino si trova sopra uno dei tumoli che celano nel loro grembo le rovine romane del Porto di Traiano (nel piano acquitrinoso sottostante non si possono scavare le fosse); di là si domina la pianura che, negli ultimi anni, egli avviò faticosamente alla redenzione dalla malaria.

Quando non poteva più dare l'opera sua, donò ai Fiumicinesi il proprio corpo, pegno per essi, monito al Governo ed al Comune di Roma, per la continuazione della lotta: poichè certamente pensò, e questo sia meditato da chi lo deve, che l'onta dell'abbandono sarebbe stata risparmiata alla terra del suo riposo.

Fors'anche gli sembrò di riunirsi così più intimamente alla madre terra, alla natura, il cui mistero riempì la sua vita. Riebbe dinanzi agli occhi la visione della maremma che si continua col mare e questo col cielo, rievocata nell'ora del tramonto, quand'egli ritornava a piedi da Porto a Fiumicino, e vedeva quel tumolo ancora tinto di purpureo, mentre l'ombra già lo ghermiva alle spalle: e sognò di essere deposto presso quella soglia dell'infinito.

Gli italiani non immemori verranno a visitarTi, in quel luogo solitario, quando avranno bisogno di ritemprare la loro fede e la loro volontà, o GRANDE ITALIANO.

---

(1) I funerali furono imponentissimi, sebbene per volontà espressa dell'estinto non abbiano avuto luogo con onori ufficiali. Tra la folla immensa che accompagnò la salma erano alte personalità della politica, della scienza, delle professioni liberali. Molti vollero accompagnare la salma a Fiumicino, ove furono pronunziate commosse parole di saluto da vari oratori. Alla famiglia giunsero innumeri condoglianze, tra cui quelle del Sovrano; molte dall'estero.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Le crisi gastriche.

(LEVENT, *Gazette des Hôpitaux*, n. 11 e 12, 1925).

La crisi gastrica è caratterizzata da dolori di un'atrocità speciale con sede all'epigastrio irradiantisi a distanza ed accompagnati da vomiti persistenti. L'inizio e la fine egualmente improvvisi non hanno rapporto alcuno con l'alimentazione. La durata varia da qualche ora a parecchie settimane. Nei periodi intervallari le funzioni digestive sono normali e lo stato generale è buono.

Le crisi gastriche più caratteristiche e più frequenti sono quelle della tabe. Ma v'hanno anche crisi gastriche essenziali ossia non legate a lesioni dello stomaco o di altri organi, crisi dovute a lesioni dell'aorta addominale, nonchè crisi dovute a lesioni sifilitiche, ma non tabetiche, delle radici spinali.

Nella tabe le crisi gastriche si manifestano di solito nel periodo preatassico, e costituiscono spesso il primo segno, e talvolta per molto tempo unico, della malattia. La durata media di questa fase monosintomatica è di tre anni, ma può prolungarsi anche più a lungo fino a venti anni. L'inizio è quasi sempre brusco: in pieno benessere compaiono dolori epigastrici. Qualche volta si hanno prodromi: malessere generale, stanchezza, senso di annientamento, lievi brividi, alternativa di pallore e rossore.

Il dolore è maggiormente accentuato all'ipocondrio sinistro o all'epigastrio con irradiazioni variabili verso la regione pilorica o tutto l'addome, i lombi e le coscie. Sono state osservate anche irradiazioni verso le ultime costole, la regione interscapolare, gli spazi intercostali o verso la base del torace, dove assumono un carattere costrittivo.

La loro intensità è fortissima; sopravvengono rapidamente e subito intensamente, o raggiungono prestissimo il maximum. Sono sensazioni violente di crampi o di contrazioni dolorose, trafiggenti, laceranti, o anche di calore e di scottatura.

Di solito si ha iperestesia cutanea, che contrasta con il senso di sollievo che procura la pressione profonda.

La durata dell'accesso varia da qualche ora a parecchi giorni. Il dolore è incessante e di tanto in tanto si esacerba con parossismi di estrema violenza.

Il vomito di solito compare insieme con il dolore. Si hanno prima nausee, eruttazioni ed infine espulsione del contenuto gastrico. Il vomito

è incessante e continua anche a stomaco vuotato. Per la concomitante ipersecrezione gastrica, si ha abbondante emissione di litri, talvolta fino a 10 litri in un giorno.

Lo stato generale è grave: si ha profondo abbattimento, senso di intensa stanchezza e di angoscia. Il soggetto rimane pallido, con i lineamenti stirati, gli occhi cerchiati; suda abbondantemente, ha le estremità fredde e cianotiche. Spesso ha vertigini, brevi sincopi. Il polso è piccolo, frequente, contrariamente a quanto avviene nelle sindromi addominali. La respirazione è ansante, frequente.

L'addome è retratto, duro, dolente.

L'anoressia è completa, la sete intensa. Talvolta si ha diarrea, talaltra stipsi. Si ha oliguria ed anche anuria. Le urine, povere di cloruri, non contengono albumina e glucosio. Noorden ha riscontrato diaceturia ed acetonuria.

Quando la crisi si prolunga può sopravvenire un vero stato di male gastrico, costituito da accessi subentranti capaci di condurre ad un collasso fatale. La morte si può avere anche per la diarrea profusa.

Nella grande maggioranza di casi la crisi si supera con il ritorno allo stato di salute preesistente.

Le recidive sono abituali a periodi variabili. Con l'aggravarsi della tabe le crisi si avvicinano, ma spesso cessano con il comparire dei disturbi motori.

La crisi gastrica costituisce il primo e talora per lungo tempo l'unico sintomo della tabe. Spesso con essa si hanno altri disturbi; crisi viscerali, laringee, dolori folgoranti ed anche artropatie. Di solito non si riscontrano che disturbi dei riflessi: segno d'Argyll-Robertson, esagerazione dei riflessi rotulei presto sostituiti dalla loro abolizione, anestesia radicolare con topografia presso che costante sotto forma di fascia discendente obliquamente dalla colonna vertebrale alla linea mediana dell'addome, con limite superiore indietro a livello della VII cervicale e con limite inferiore in avanti tra lo sterno e l'ombelico.

La crisi grastrica della tabe oltre quella tipica già descritta può assumere numerose forme cliniche: può essere costituita esclusivamente da eruttazioni spasmodiche, incoercibili, incessanti, da una fame dolorosa atroce e vomiti incoercibili, da una ipersecrezione gastrica enorme simile a quella della sindrome di Reichmann, da ematemesi (crisi nera di Charcot). Talvolta la crisi assume la forma di un avvelenamento acuto: s'inizia con dolori gastrici violenti, stipsi, tenesmo anorettale, ipersecrezione salivare abbondantissima, condizioni generali gravi con tendenza allo stato algido.

Oltre che nella tabe si possono avere crisi gastriche in numerose altre affezioni.

Nella perniciosa malarica si possono avere disturbi gastrici accessionali gravi: vomito con tendenza al collasso ed all'algidità.

Diverse intossicazioni endogene ed esogene possono provocare crisi gastriche gravi.

Nell'ossalemia sono state descritte crisi talvolta del tutto analoghe a quelle della tabe. Esse sono precedute per quindici o venti giorni da malessere generale: si alternano ad eruzioni eczematose delle estremità, ad accessi gottosi, emicranici ed a varie manifestazioni litiasiche.

Nel diabete si hanno accessi dolorosi con vomito accompagnato di solito da acetonomia e da altri sintomi tossici.

Nel saturnismo si hanno dolori accessionali a carattere di crampi e vomiti anche senza alcun disturbo intestinale.

Le crisi della ptosi gastrica raramente sono dolorose quanto quelle della tabe.

Le gastriti acute e croniche possono provocare crisi gastriche nette. Sulle prime si ha la sindrome d'intolleranza gastrica completa con o senza segni generali secondo la durata della crisi e la causa provocatrice. Si hanno in seguito ad ingestione di tossici, di caustici o di quantità eccessive di alimenti indigesti. Nelle gastriti croniche, sopratutto in quell'alcolica, si hanno crisi gastriche parossistiche con dolori e vomiti, di solito meno intense di quelle tabetiche.

Rossbach ha descritto sotto il nome di *gastroxynsis* una sindrome particolare caratterizzata da crisi parossistiche ad inizio improvviso, sopravvenienti dopo i pasti, con senso di bruciore epigastrico e fenomeni generali molto marcati. L'accesso è molto breve e termina con un vomito molto acido seguito da sonno riparatore. Queste crisi si hanno in giovani esauriti intellettualmente e non sembrano legati ad alcuna lesione gastrica.

Le crisi dolorose che complicano la sindrome di Reichmann nelle forme dette intermittenti rassomigliano a quelle della tabe: tuttavia sono meno frequenti i vomiti e questi sogliono attenuare la vivacità del dolore.

Nell'ulcera gastrica le crisi sogliono essere una esagerazione dei dolori abituali, raramente compaiono nei periodi di calma. Di solito si hanno in seguito ad errori dietetici. Sono dolori molto violenti con irradiazioni diverse.

La crisi gastrica può essere determinata da spasmo pilorico nelle ulceri piloriche. Si riconoscono per la periodicità dei dolori e per la in-

fluenza che vi esercita l'alimentazione; i vomiti sono posteriori allo spasmo ed ai dolori.

Le ulceri della piccola curvatura e quelle della faccia posteriore dello stomaco possono provocare parossismi molto violenti influenzati sopratutto dall'alimentazione. Tuttavia si tratta più di un'accentuazione del dolore abituale che di crisi paragonabili a quelle della tabe. I vomiti sono poco abbondanti o mancano affatto, non v'è ipersecrezione durante la crisi ed il riposo gastrico completo ha generalmente un'influenza sedativa.

L'ulcera duodenale quando ha sede lontano dal piloro e non è accompagnata da emorragie macroscopiche rivelatrici può provocare dolori intensi irregolarmente periodici localizzati molto a destra della linea mediana, con intervalli di settimane e di mesi, durante i quali la calma è completa. I dolori compaiono e scompaiono senza cause apprezzabili, di rado sono accompagnati da vomiti, che del resto non son mai alimentari. La diagnosi dipenderà dagli antecedenti, dalla determinazione precisa dell'orario dei dolori, dalla ricerca frequente e periodica di sangue nelle feci.

Nel cancro dello stomaco con qualsiasi localizzazione possono presentarsi parossismi dolorosi. Comunque, a parte le forme stenosanti, è solo nelle forme ulcerose che i dolori sono molto marcati. Nel cancro della grande curvatura il dolore è accessorio in rapporto ai vomiti ed all'ematemesi che si ripetono all'infuori di ogni parossismo doloroso.

È molto difficile diagnosticare le crisi dolorose, del resto rare, dovute a perigastrite.

Tutte le forme di sifilide gastrica, ma specie in quella terziaria, possono provocare crisi parossistiche. La forma dispeptica a tipo iperstenico e le crisi dolorose sono d'intensità media; si verificano di notte e al mattino, e sono calmate dai pasti; nel tipo ipostenico si possono avere periodi d'intolleranza più o meno dolorosa ma assoluta o prolungata fino a produrre un notevole deperimento. Tutti questi disturbi cessano con il trattamento specifico.

Nella forma sifilitica ulcerosa gli episodi dolorosi sono abituali, con netta predominanza notturna e talvolta con intensità tale da rassomigliare alle crisi tabetiche. Il vomito non calma il dolore, e si hanno spesso ematemesi frequenti ed abbondanti. Nelle gastriti specifiche le crisi dolorose sono in genere ancora più frequenti e violenti.

La sifilide ereditaria può colpire lo stomaco in tutte le età. Tuttavia la sola forma di crisi gastrica che si ha nell'infanzia è caratterizzata da vomiti parossistici senza dolori netti, molto analoghi ai vomiti cerebrali.

L'aortite addominale è accompagnata spesso da crisi gastriche, che il più delle volte sono determinate da sforzi, raffreddamento dell'addome, emozioni, dal decubito orizzontale, dai movimenti d'estensione del tronco. Improvvisamente si ha all'epigastrio, più di rado all'ipogastrio, un dolore molto intenso, senso di torsione che strappa grida al paziente, accompagnato da nausee e vomito. Spesso si hanno lipotimia, angoscia, dolori intestinali con o senza diarrea.

All'infuori della tabe, che fornisce il tipo clinico più completo di crisi gastriche, queste si possono avere in molte altre affezioni nervose: nell'isterismo; nella neurastenia nella quale assumono il tipo delle gastronynsis di Rossbach; nelle mielopatie; nella sclerosi a placche (periodo terminale); nella siringomielia; nella paralisi generale, nella quale assumono più frequentemente il tipo tabetico.

Labbé e Sébileau hanno descritto crisi gastriche simpaticotoniche. Dopo prodromi generali dipendenti da eccitazione del simpatico compaiono crisi di nausea e di vomito senza dolori.

Nel morbo di Pott si hanno crisi gastriche analoghe a quelle della tabe.

Il trattamento sintomatico d'urgenza della crisi gastrica, qualunque sia la sua origine comprende: riposo a letto, bevande ghiacciate non abbondanti, dieta assoluta, applicazioni locali calde o fredde. La pozione del Riverio, l'acqua cloroformica di solito non sono tollerate; conviene meglio ricorrere ai clisteri medicati a base di bromuri, belladonna, oppio. La morfina va adoperata con parsimonia, non solo per i pericoli dell'abitudine, ma anche perchè essa può aggravare la crisi. Mathieu raccomanda le iniezioni sottocutanee nella regione epigastrica di antipirina con o senza cocaina. Pal consiglia i nitriti per combattere l'ipertensione, viceversa Marinesco e Démétre consigliano l'adrenalina per lo scopo opposto. Debore, Babinski e Castaigne suggeriscono la puntura lombare decongestiva, Roger e Baumel l'iniezione sottoaracnoidea di novocaina e solfato di magnesia.

La cura causale varia in rapporto all'affezione di cui la crisi gastrica è un sintoma. Per quel che riguarda la crisi tabetica va ricordata la sezione dei pneumogastrici a livello del cardias proposta da Exner, la resezione delle radici posteriori del VII, VIII, IX e X segmento dorsale proposta da Foerster, lo strappamento dei nervi intercostali degli stessi segmenti in modo da ledere profondamente i gangli corrispondenti proposto da Franke. Di queste operazioni migliori risultati hanno dato quelle di Foerster e di Franke, ma anche esse sono di eccezionale gravità e conviene tentarle solo quando ogni altro mezzo sia risultato inefficace per crisi di estrema intensità.

DR.

CHIRURGIA.

Trattamento della fimosi nell'infanzia.

(RODERICH SIEVERS. *Münch. med. W.*, 8 febbr. 1924).

Per fimosi nell'infanzia devesi intendere quello stato di abnorme ristrettezza del prepuzio che impedisce la sua retrazione fino al completo scoprimento del glande sul solco coronario.

Dall'obliterazione completa membranosa dell'orificio prepuziale, rara ad osservarsi, fino a quel grado di ristrettezza che impedisce soltanto il completo denudamento del glande, esistono varii gradi intermedi.

Le aderenze epiteliali esistenti normalmente alla nascita tra il foglietto interno del prepuzio e il glande limitano più o meno nell'infanzia la mobilità del prepuzio così che allorquando nel bambino si cerca di trarre indietro il prepuzio, suole apparire soltanto l'ultima porzione del glande col meato uretrale, mentre di regola riesce difficile un ulteriore denudamento. Tali aderenze, dalla nascita fino all'epoca della pubertà, possono perdurare per un periodo di tempo vario. A tale riguardo gli AA., basandosi sull'osservazione di numerosi casi, hanno trovato che le saldature complete del sacco prepuziale costituiscono reperto sempre più raro col crescere dell'età, fino a divenire rarissime al di là dei 5-6 anni.

Ciò premesso è chiaro come nell'infanzia abbiasi a distinguere la vera e propria fimosi, ossia quello stato patologico rappresentato da una reale ristrettezza del prepuzio, da quello stato fisiologico, rappresentato dalle false fimosi dovute alla presenza delle aderenze epiteliali.

Praticamente esiste un mezzo semplice per stabilire nei primi anni di vita l'esistenza di una fimosi e il grado di essa: si introduce una sottile pinza anatomica nel sacco prepuziale e si misura l'ampiezza dell'intervallo raggiunto col divaricarne le branche. Sovente si resterà stupidi constatando di aver raggiunto ampiezze di 8-12 mm. e più, laddove l'apertura dell'orificio prepuziale, a primo aspetto, non appariva più ampia di una testa di spillo.

Spesso la madre riferisce al medico di minzioni accompagnate da pianti e grida del bimbo. In simili casi converrà anzitutto tener presente quanto spesso nella prima infanzia l'atto del piangere si accompagni occasionalmente con quello del mingere: si osserverà quindi attentamente il compiersi dell'atto della minzione e qualora verrà constatato che il getto dell'urina fuoriesce pieno, diritto e sotto buona pressione, senza molestia alcuna pel bimbo, la mamma potrà venire rassicurata ed ogni intervento chirurgico sarà inutile.

Le aderenze epiteliali di per loro stesse non costituiscono ragione di intervento. I disturbi che ad esse possono associarsi si producono per il verificarsi di ristagni di secrezione, terreno oltremodo propizio alla invasione dei germi e al loro sviluppo. Allora appunto si produce un'infiammazione acuta con tumefazione, rossore, fuoriuscita di pus dall'orificio prepuziale e formazione di croste all'esterno. Tale stato flogistico può alle volte divenire cronico: il bordo prepuziale e le porzioni finitime assumono allora un aspetto eczematoso, la cute del prepuzio si ispessisce, aumenta di consistenza o diviene atrofica; l'anello prepuziale si irrigidisce, cessa la sua estensibilità e si stabilisce così la fimosi infiammatoria. Tale stato, sopratutto nei casi cronici, influisce dannosamente sulla salute del bambino, sia perchè causa di altre alterazioni cutanee e infezioni, sia perchè, a cagione dello stimolo cronico e del dolore, il sonno, il carattere e lo stato generale vengono compromessi; l'enuresi e l'onanismo ne possono essere la conseguenza, mentre la formazione dei cosidetti « calcoli prepuziali » può alle volte peggiorare ancora lo stato infiammatorio.

Nella infiammazione acuta del prepuzio si praticheranno impacchi con soluzione di acetato di alluminio, soluzione borica, ecc.: sulla cute si applicheranno pomate indifferenti per rammollire le croste. Naturalmente un esame batteriologico della secrezione sarà sempre necessario. Gli antisettici deboli (acqua borica, acqua ossigenata) costituiranno la base della cura della balanite purulenta: nei casi più tenaci verranno usate le soluzioni deboli al 0,5 % di nitr. Ag. Soltanto dopo che i sintomi infiammatorii più acuti saranno cessati, ci si potrà rendere conto se la mobilità del prepuzio viene ostacolata da aderenze epiteliali o se trattasi invece di fimosi vera e propria. Diversamente qualsiasi intervento su di un prepuzio in istato di flogosi acuta non apporterà che un peggioramento. Le aderenze epiteliali verranno rescisse per via smussa coll'introduzione di una piccola sonda olivare, eventualmente previa iniezione nel sacco prepuziale di soluzione fisiologica. Nel caso di aderenze salde ed estese intervenire in narcosi. Delicatezza e pulizia massima gioveranno ad evitare infezioni gravi e il residuare di infiltrazioni o di atrofie prepuziali. Evitare possibilmente l'uso di soluzioni forti allo scopo di non provocare fimosi infiammatorie o stati irritativi cronici secondarii con ogni loro dannosa conseguenza.

In quali casi, nonostante l'infiammazione, sarà d'uopo ricorrere all'intervento operativo? Rappresentano indicazioni l'esistenza di parafimosi irriducibili manualmente, le ristrettezze prepuziali tali da ostacolare seriamente l'emissione dell'urina e, in ultimo, quei casi in cui non si sia potuto ottenere, malgrado le cure, la quiescenza dei di-

sturbi infiammatorii. Nei prepuzi lunghi e trombiformi e anche negli altri casi si procede allora alla circoncisione per mezzo della incisione dorsale.

Di fronte però alle altre specie di fimosi infantili, il campo operatorio chirurgico è in genere riservato alle fimosi congenite vere e proprie. Qui l'A., come metodo di cura, prescinde completamente dalla cosidetta distensione incruenta, spesso seguita da edemi infiammatorii cronici, catarri purulenti e fimosi atrofico-cicatriziali. Nelle stenosi prepuziali con ampiezza di apertura di soli 5 mm., si dovrebbe invece ricorrere sempre di preferenza all'intervento operatorio, qualora, beninteso, speciali condizioni nello stato generale del fanciullo — quali emofilia, ecc. — non vi si oppongano. Allo scopo valgono due metodi: la circoncisione nei casi di prepuzio lungo e ipertrofico, altrimenti un processo di plastica. Nell'un caso e nell'altro un'asepsi delle più rigorose gioverà a garantire il buon esito dell'intervento, evitando sia le forti reazioni infiammatorie e il distacco dei punti di sutura, come le retrazioni deformanti della cute e le stesse fimosi recidivanti.

M. AGOSTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ODORICO VIANA. *Ginecologia e secrezioni interne* (con prefazione del prof. N. Pende). Editore Luigi Pozzi, Roma, 1925. Prezzo L. 18.

Nella signorile veste tipografica, caratteristica della collezione di monografie medico-chirurgiche d'attualità, che con bel ritmo si succedono per opera dell'alacre editore L. Pozzi, il prof. Viana raccoglie le vedute attuali sui rapporti della endocrinologia con la ginecologia.

La serietà dei propositi dell'A., la importanza dell'argomento sono attestati dalla prefazione del prof. Pende, il quale riconosce « che questo bel libro svolge l'argomento nella maniera più completa diligente e intelligente », mentre riafferma che proprio « il campo della vita genitale femminile è quello in cui salta agli occhi anche dei più scettici la enorme importanza che le secrezioni interne hanno nel determinare l'*habitus corporeo*, il temperamento e il carattere psichico, in una parola la individualità umana ».

Dopo una introduzione, piena di equilibrio e di sano senso clinico, sono trattati in singoli capitoli i seguenti argomenti:

1) Gli organi della secrezione interna genitale; la ghiandola interstiziale;

2) Il corpo luteo; mestruazione e crisi puberale;

3) Malattie genitali da alterata secrezione interna dell'ovaio; metropatie emorragiche; annessiti non infettive;

4) Miomi ed ovaio;

5) Le ipoplasie e insufficienze funzionali utero ovariche; dismenorrea, infantilismo; clorosi; disovarie;

6) Tiroide e organi genitali; stati ipotiroidei; morbo di Flaiani Basedow;

7) Ipofisi e genitali; sindromi ipofisarie; acromegalia; distrofia adiposo genitale;

8) Epifisi, surreni, timo, pancreas e genitali;

9) La mammella come organo a secrezione interna;

10) Endocrinologia del climaterio;

11) Costituzioni e malattie ginecologiche;

12) Opoterapia ginecologica.

La mole del lavoro compiuto, la varietà e complessità degli argomenti, l'interesse loro per il medico in genere, e non per il solo specialista, appaiono già da codesta esposizione del piano dell'opera.

Si aggiunga che il Viana, uno dei più seri e studiosi cultori della specialità fra noi, non si lascia prendere la mano dai facili entusiasmi; ma vaglia le singole ipotesi al lume della clinica, sempre dominatrice.

In qualche capitolo lo stesso equilibrio dell'A. e la sua prudenza, unita alla voluta imparzialità, lasciano magari un po' disorientato il lettore; ma sono d'altronde argomenti in cui il prendere posizione potrebbe essere o audace o presuntuoso o prematuro; ed è già abbastanza l'essere aggiornati sullo stato attuale della questione, senza fatica, grazie appunto a quella compiuta dall'A. nel raccogliere, da tante fonti, tanta messe di fatti sperimentali e clinici.

L'utilità di questa monografia è pertanto evidente e ne trarrà vantaggio anche il medico pratico, il quale vi trova il più largo sviluppo in quella parte che ha più diretta connessione con l'esercizio professionale: la organo-terapia.

Nell'insieme quindi ottimo e utile libro, al quale è facile prevedere la più larga diffusione nel gran pubblico medico.

P. GAIFAMI.

BOURSIER e AUVRAY. *Précis de Gynecologie.* Editore G. Doin, Parigi, 1925, 3ª ediz., 2 vol. rilegati, 1984 pag., 595 figure. L. 90.

Il manuale fa parte della ben nota collezione Testut e rappresenta sulle precedenti edizioni un rifacimento completo; sì che il compito assuntosi da Auvray di aggiornare l'opera di Boursier si è tradotto nel mettere assieme quasi un'opera nuova. Vi trovano posto conveniente anche le cure attiniche, le termali, le mediche, ecc. Ne risulta un libro che adempie bene al suo scopo di riassunto maneggevole per gli studenti e i pratici.

P. G.

ALECK W. BOURNE. *Synopsis of Midwifery a. Gynecology*, 1925, Bristol. Ed. John Wright. III ed. 75 sc.

In 430 pag. di piccolo formato è riassunta la parte fondamentale dell'ostetricia e della ginecologia, in forma schematica, ma sufficientemente chiara; non basta per lo studio, si intende, ma è utile dal punto di vista didattico per ordinare le idee, dal lato pratico perchè con brevi accenni richiama alla mente cause, indicazioni, terapie, ecc. La ricerca è facilitata da un esteso indice analitico. 176 figure, schematiche, ma dimostrative, a piè di pagina, illustrano molti argomenti. È nell'insieme un prontuario raccomandabile.

P. G.

HALBAN e SEITZ. *Biologie u. Pathologie des Weibes.* Urban u. Schwarzenberg, Vienna-Berlino, 1924-25.

Della monumentale opera, diretta con ampiezza ammirevole di criteri da Halban e Seitz, ed edita con magnifica signorilità da Urban e Schwarzenberg, abbiamo già più volte dato notizia, segnalando il comparire dei singoli volumi.

I fascicoli si susseguono con rapido ritmo; abbiamo qui oggi i nn. 12, 13, 14. Nel fasc. 12 (224 pag., con 29 fig. e 2 tavole, M. 9), Dietrich tratta i tumori delle trombe; Heynemann delle flogosi degli annessi e del peritoneo pelvico; Nürnberger delle malattie del parovaio. Nel fasc. 13 (287 pag., con 60 fig. e 12 tavole colorate, M. 13), Nürnberger si occupa della actinomicosi, dell'echinococco e della bilharziosi genitale; Weibel delle tubercolosi, e Wagner della blenorragia. Nel fasc. 14 (240 pag., con 165 fig. e 5 tavole a colori, M. 12), Grosser scrive lo sviluppo dell'uovo nei primi stadi, trattando anche della placentazione umana e comparata; mentre Dietrich si occupa della fisiologia e anatomia sia del feto che della placenta.

Non è il caso di analizzare i singoli lavori, nè di sottolineare qualche sproporzione nello sviluppo, inevitabile data la molteplicità dei collaboratori. Anche non è il caso di insistere su quanto si viene spesso rilevando, ossia sulla scarsa parte che di solito è data alla letteratura italiana, al più citata traverso le monche e spesso deformanti versioni degli Jahresberichte.

Resta sempre un valore indiscusso all'opera, che costituisce oggi il miglior testo di consultazione nel nostro campo. Dal lato editoriale segnaliamo la bellezza di quasi tutte le tavole a colori; specialmente la monografia di Weibel sulla tubercolosi è illustrata in modo insuperabile.

P. G.

J. L. FAURE. *Cancer de l'Uterus.* Ed. Gaston Doin, Parigi, 1924, pag. 228. Fr. 20.

Nella Collezione del Cancro dell'editore G. Doin, questa monografia di Faure ha un posto preminente, per la vivacità della esposizione, per la particolare competenza dell'A., strenuo partigiano della cura chirurgica; dopo premesse istologiche e cliniche rapide, la maggior ampiezza è dedicata alla parte operativa: nitide figure arricchiscono la descrizione già chiarissima: l'A. si sofferma a lungo anche sulla Mickulikz, che egli ha richiamato in onore, pare con i migliori risultati. È un libro che non può mancare al chirurgo e al ginecologo.

P. G.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Analisi clinica di 111 casi di anemia perniciosa.

L'anemia perniciosa deve essere considerata come una sindrome ematologica ad etiologia sconosciuta, dipendente da cause svariate. Per l'esatta diagnosi occorre conoscere bene i suoi elementi, e Ch. R. Wilson e A. Evans (rifer. in *Paris médical*, ottobre 1924) minuziosamente analizzando 111 casi osservati in 4 anni nel John Hopkins Hospital, concludono:

L'anemia perniciosa, rispetto al sesso, non ha che una lieve predilezione per il sesso maschile. Colpisce gli individui in genere nell'età adulta, con un massimo di frequenza fra i 40 ed i 60 anni. È eccezionale nei negri.

I sintomi subiettivi sono: debolezza generale, nausea, vomito, diarrea, stipsi, edemi malleolari, dimagramento, dispnea, ecc. L'esame dei globuli rossi mostra oltre la loro diminuzione, costante anisocitosi e poichilocitosi, con rara basofilia. Le emazie nucleate non sono frequenti, ma la loro constatazione è indice di miglioramento. È caratteristica la leucopenia, abbenchè si possa vedere anche la leucocitosi. Rarissima la eosinofilia e la mielocitosi.

Quasi sempre si nota una pessima dentatura. È capitale lo stato della lingua: in un terzo dei casi gli AA. hanno notato un'atrofia papillare completa della lingua, la cui mucosa era rossa, liscia, secca, assottigliata. In tutti i casi non hanno mai notato una lingua saburrale: la constatazione di una lingua sporca deve far dubitare della diagnosi di anemia perniciosa.

È costante nell'analisi del succo gastrico l'assenza di acido cloridrico libero, la diminuzione dell'acidità totale e degli acidi combinati. La consfatazione di acido cloridrico libero, basterebbe a far escludere la diagnosi di anemia perniciosa.

Nei malati osservati dagli AA., la milza ed il fegato erano normali. MONTELEONE.

Caso di mielosi acuta col quadro clinico di intensa emorragia gastrica.

W. Roller (*Med. Klinik*, n. 47, 1924) descrive il decorso estremamente acuto in un caso di mielosi, durando tutta la malattia dall'inizio fino alla morte 13 giorni. Senza prodromi la malattia si iniziò improvvisamente con ematemesi e melena. L'esame del sangue eseguito al terzo giorno di malattia dimostrò gravi alterazioni caratteristiche della mielosi: 33 % di mielociti, 32 % polinucleati giovani, solo il 2 % di polinucleati con nucleo segmentato. L'autopsia non dimostrò alcuna alterazione negli organi interni salvo una mielosi della milza riconoscibile microscopicamente. Il midollo osseo era di colorito rosso scuro e composto in prevalenza da mieloblasti. Esistevano numerose petecchie sulla mucosa gastrointestinale. POLL.

L'anemia nella nefrite azotemica.

Ch. Aubertin e J. Yacoel (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1924, n. 2), continuando ad esaminare il sangue di un certo numero di nefritici azotemici o non azotemici, hanno constatato che, all'infuori dei casi molto rari dove l'aspetto del malato impone la diagnosi di anemia a tipo pernicioso, esiste spesso nella nefrite azotemica una anemia intensa con una media di circa 2 milioni di emazie, e che generalmente progredisce con l'azotemia stessa. Nei nefritici cronici senza azotemia l'anemia è generalmente assente. PERSIA.

Un caso di anemia perniciosa trattato con l'acido arsenioso (granuli di Dioscoride).

La medicazione con l'acido arsenioso è molto antica: nel 1922 fu rimessa in onore dal Neisser di Stettino il quale partendo dai 20-40 milligrammi pro die, arriva in certi casi fino ai 150 mmgr., cioè ai 150 granuli di Dioscoride.

Dufour e Baruch (*Bullett. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris*, 1925, n. 5) avendo avuto occasione di tenere nel proprio reparto una donna di 35 anni, con i dati obiettivi di una grande anemica, con epatosplenomegalia, con 900,000 g. r., 5300 g. b. nel sangue, tentarono la cura arsenicale: con cacodilato di soda e protossalato di ferro, ottennero un notevole miglioramento, ma essendo la malata uscita dall'ospedale, ed avendo interrotta la cura, il miglioramento andò perduto in quanto rientrata la p. in ospedale l'esame del sangue mostrò: g. r. 1,400,000, g. b. 10,000, valore globul.: 1; anisocitosi, poichilocitosi. Una serie di sei iniezioni di torio, fa peggiorare le condizioni e fa scendere i g. r. a 860,000. Iniziata la terapia con i granuli di Dioscoride (7 gran.) e giunti rapidamente ai 20 granuli, lo stato generale visibilmente migliora, le emazie salgono a 1,670,000 e dopo circa due mesi la malata esce con 3,760,000 g.r. per mmcc. MONT.

Autovaccinoterapia del linfogranuloma.

A. Roffo (*Revista Latino Americana*, 1925) riferisce un caso di linfogranulomatosi istologicamente comprovata: tessuto di granulazione e cellule di Sternberg; in qualche zona si vedono anche numerosi plasmazellen e cellule epitelioidi. In pre-

senza del risultato negativo della radioterapia, e dell'aggravamento progressivo del paziente, l'A. decide preparare un autovaccino con un ganglio prelevato dalla regione inguinale. Il risultato della terapia è evidente. Tre mesi dopo si rivede il paziente e si constata una nutrizione ottima, aumento di sei chili, attitudini per il lavoro completamente normali. La milza si palpa molto ridotta, e le numerose linfoghiandole cervicali, ascellari e inguinali sono « in totalità scomparse ».

L'A. aggiunge che dati i caratteri della malattia non si crede autorizzato a parlare di cura definitiva; aspetta perciò che intervenga il fattore « tempo ».

RE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Temperatura e metabolismo.

È noto che una bassa temperatura esterna provoca un aumento della termogenesi, per lo più, e forse esclusivamente, col meccanismo dell'aumentata attività muscolare, volontaria, come, ad es., nel nuoto, o involontaria, col provocare il brivido.

Si ammette che quest'aumento della termogenesi si abbia ogni volta che la temperatura scende sotto i 18°.

Quando la temperatura esterna sale, l'organismo si difende con la produzione e l'evaporazione del sudore, ma, ad una temperatura ambiente, o meglio pericorporea, di circa 37°, il riscaldamento delle cellule le stimola ad un più attivo metabolismo, ciò che aumenta ancora la temperatura del corpo, e produce una febbre per così dire fisiologica. A 37° il metabolismo basale è minimo. Anche i processi tossici e tossinfettivi che aumentano la temperatura delle cellule ne aumentano il metabolismo, e producono un disperdimento di calore che dovrebbe esser compensato da una più ricca alimentazione.

(*Journ. A. M. A.*, 28 febb. 1925).

DORIA.

Metodo empirico extra-rapido per calcolare la superficie del corpo umano.

Esiste un rapporto astratto ma relativamente costante tra superficie e altezza corporea che B. Roussy (*Bulletin de l'Acad. de Méd.*, n. 28, 8 luglio 1924) esprime secondo la formula $\frac{S}{T^2}$ (S superficie, T^2 quadrato della statura). Tale rapporto equivale in media a 0,69: si ha quindi $\frac{S}{T^2} = 0,69$, da cui $S = 0,69\ T^2$: la superficie corporea verrebbe cioè data dal prodotto di 0,69 pel quadrato dell'altezza.

Senonchè questa formula, stante la diversità dei perimetri corporei di un individuo rispetto a un altro, è lungi dal poter essere valida in ogni caso: è chiaro, ad es., che per due corpi, pur della medesima altezza, ma di cui l'uno obeso, l'altro ossuto, essa darà risultati erronei e del tutto diversi. Essa non potrà dare risultati esatti, o per lo meno assai vicini all'esattezza, che per una serie di corpi le cui proporzioni si accostino al normale o siano del tutto normali.

L'A. ha perciò pensato che per una formula soddisfacente in tutti i casi occorre tener gran conto del perimetro medio corporeo Pm introducendo nella formula $S = 0,69\ T^2$ un altro rapporto costante α ricavato dalla relazione naturale esistente tra superficie, altezza e perimetro medio di un dato corpo. Il calcolo del perimetro medio, seguendo un metodo già descritto dall'A., può essere ottenuto in pochi minuti. L'applicazione del nuovo metodo rapido può pertanto così formularsi: $S = 0,69\ \alpha\ T^2$.

Ulteriore semplificazione rappresenterebbe una formula nella quale il rapporto del perimetro medio esatto Pm sarebbe sostituito dal rapporto che un solo perimetro o che alcuni perimetri bene scelti contraggono con le altre caratteristiche morfologiche generali ora indicate.

M. AGOSTINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Echinococcosi; intradermoreazione di Casoni. — Al dott. A. Lackner da Bolzano:

Si usano liquidi prelevati asetticamente da diverse cisti idatidee di bovini, ben mescolati, limpidi e filtrati. Se ne inietta 1/2 cmc. nello spessore del derma. L'iniezione si fa di solito ad un avambraccio, mentre dall'altro si fa un'iniezione di controllo con soluzione fisiologica. In caso di reazione positiva, si osserva dopo 3-12 ore una chiazza eritematosa con infiltrazione edematosa del derma, aumento di temperatura, prurito e lieve senso di dolore. Questi fatti scompaiono in poco tempo, al più in una settimana. È bene aggiungere al liquido acido fenico, in ragione di 0.25 %.

Pontano ha proposto l'iniezione sottocutanea, usando 1 cmc. di liquido cistico raccolto e trattato come si è indicato. La reazione positiva è indicata da formazione di una larga chiazza di colore rosso vivo, quasi eresipelatosa, che occupa una vasta zona attorno al punto di inoculazione.

Per maggiori particolari sull'argomento, veda: E. TRENTI: *I metodi biologici nella diagnosi di echinococcosi umana.* « Policlinico », S. M., 1924, pag. 353.

fil.

Soluzione di Pregl. — Al dott. G. C. da Palmanova:

La soluzione di Pregl è una specialità di cui non è nota la composizione. Si sa che contiene 0.003-0.004 % di jodio libero ed una serie di combinazioni jodiche non bene conosciute.

Si usa per disinfettante, per iniezioni endovenose, nelle affezioni della bocca, dei denti e della vescica, nonchè allo scopo di innalzare le forze di difesa naturale dell'organismo.

Sulla soluzione di Pregl sono stati pubblicati diversi studi in *Wiener klinische Wochenschrift* del 1921.

fil.

Al dott. A. C., abb 11049:

1) Nessuna reazione si ha nella miscela di jodio con cloruro di sodio, rispettivamente di tintura di jodio con soluzione fisiologica.

2) Per la vaccinazione antivaiuolosa, è indifferente fare dapprima le scarificazioni cutanee e mettere poi la linfa, oppure, viceversa, mettere dapprima la linfa e fare in seguito le scarificazioni, ed in pratica si fa in ambedue i modi. I due punti essenziali ai quali si deve aver riguardo perchè spesso non sono eseguiti a dovere sono i seguenti: 1) evitare, nella scarificazione di far uscire del sangue; 2) fare la medicatura con garza e non già applicando direttamente il cerotto adesivo sulle scarificazioni, come si pratica erroneamente da taluno.

fil.

Al dott. G. L. da T. — Abb. n. 6769·

Sull'intossicazione da tabacco, consulti la recente pubblicazione di V. Ruata: *Considerazioni sul nicotismo, l'ambliopia nicotinica e loro cura.* Atti della Soc. medico-chirurgica di Padova.

fil.

VARIA

Dalla vita di un clinico tedesco.

Poco prima della sua morte Adolfo Strümpell ha pubblicato i suoi ricordi (*Mediz. Klinik*, n. 14) di cui ha parlato nel Congresso di Varsavia. Il modo come li ha scritti rivela così chiaramente l'uomo intimo: eccellente, ragguardevole ed amabile, quale egli era. Il libro rappresenta il germanesimo delle provincie baltiche e specialmente quello della dotta classe borghese in una maniera così piacevole che la sua lettura è un vero godimento spirituale. Egli, clinico a Dorpat, conosceva assai bene la vita di quel popolo. In un brillante capitolo è la riproduzione del tempo in cui visse in Erlangen, il più importante della sua vita per ragioni reali ed individuali, perchè colà si svolse la sua personalità, come uomo e come clinico, e prese incremento quel trattato universalmente conosciuto, e che per tanti e tanti anni fu il libro magistrale della medicina interna. Per qualsiasi medico questi ricordi hanno grandissimo interesse e possono considerarsi come un'utile lettura per ogni famiglia.

DE CHIARA.

Il diogenismo.

V. Vondrácek (*Casopis lekaru ceskych*, 21 marzo 1925) denota col termine « diogenismo » lo sforzo di liberarsi dai raffinamenti della civiltà e di tornare a una vita più prossima alle condizioni primitive, così dette « naturali ». È una reazione al processo faticoso dell'incivilimento; porta a sovravalutare le funzioni somatiche, a danno di quelle intellettive e colturali.

Si presenta come fenomeno sporadico e come fenomeno *en masse*. L'A. riferisce la storia di tre pazienti divenuti *recordmen* di vagabondismo e che egli stima affetti da questa *forma mentis*. Un fenomeno collettivo del genere è dato dal boy-scoutismo.

La letteratura di siffatta tendenza si traduce nei componimenti idillici: l'Arcadia annunzia quasi sempre il collasso di una civiltà.

Certe rivoluzioni politiche sono state promosse da fattori di diogenismo: così la rivoluzione francese ebbe quale filosofo ispiratore Rousseau, e la rivoluzione russa Tolstoi.

In medicina l'A. diagnostica per diogenista il dott. Bleuler, il quale condanna ogni terapia del cancro o del tifo e consiglia di non ripulirsi i denti, se non con la propria lingua...

E sarebbero altrettanti seguaci degeneri di Diogene molti « medici naturali » ed i loro adepti.

R. B.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA

Riconoscimento delle campagne di guerra per le pensioni dei sanitari.

Con R. decreto-legge 10 maggio 1925, n. 918, « la disposizione dell'art. 8 del R. decreto 7 ottobre 1923, n. 2349, riguardante il riconoscimento delle campagne di guerra nel computo delle pensioni degli impiegati degli enti locali è estesa al personale sanitario dipendente dagli enti medesimi, inscritto alla Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari ».

L'art. 8, esteso ai sanitari, dispone così: « Ogni campagna di guerra è calcolata come un anno di servizio utile per la pensione, senza che gli inscritti debbano pagare alla Cassa alcun contributo per il periodo di tempo corrispondente.

« Il valore capitale relativo all'aumento della pensione dipendente dal riconoscimento delle campagne di guerra, verrà corrisposto alla Cassa di previdenza, all'atto delle singole liquidazioni, dal Ministero dell'Interno ».

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLVI. — La determinazione degli stipendi e delle indennità da parte dei Comuni che superano il limite legale della sovraimposta.

L'autorità competente ad autorizzare l'eccedenza della sovrimposta comunale può e deve esaminare, tra l'altro, se le spese stanziate nel bilancio per gli stipendi degli impiegati, con i relativi aumenti periodici, indennità accessorie, ecc., siano contenuti entro i limiti del necessario; e, quando le ravvisi eccedenti il bisogno, può ridurle, senza che possano farvi ostacolo i regolamenti organici degli enti locali, la cui applicazione, ogni qualvolta si tratti di amministrazioni, eccedenti i limiti della sovrimposta, deve sempre intendersi subordinata alla approvazione della spesa da parte della competente autorità.

Così ha deciso la IV Sezione il 10 gennaio 1925 su ricorso della Provincia di Milano.

In linea di massima la risoluzione è corretta. Noi qui la segnaliamo per dimostrare la necessità che gli interessati si assicurino della regolare e compiuta approvazione dei provevdimenti della autorità comunale, specialmente quando si tratti di Comuni che eccedono il limite legale della sovrimposta, per i quali sono stabilite norme speciali di tutela.

XLVII. — L'avviso del concorso è provvedimento definitivo.

Il bando di un concorso, in quanto stabilisce le condizioni e le norme del concorso stesso, può violare norme di diritto obbiettivo e quindi cagionare lesione di interessi giuridici come atto a sè stante: verificandosi questa ipotesi, l'avviso del concorso, si considera provvedimento definitivo e deve essere impugnato con ricorso al Consiglio di Stato, in sede giurisdizionale.

Questa norma è stata confermata con decisione 9 gennaio 1925 n. 92 della IV Sezione del Consiglio di Stato, la quale ha considerato « che ogni atto amministrativo, al quale possa riconoscersi autonomia di efficacia giuridica e che non sia necessariamente collegato, ai fini dell'esame della condizione della sua legittimità, ad atti successivi, deve avere i propri termini di impugnativa, sempre che siano eseguite le notificazioni prescritte dalla legge per l'inizio della decorrenza del termine ».

La giurisprudenza ha più volte riconosciuto tale principio in rapporto agli avvisi dei concorsi, ammettendo soltanto la salvezza della impugnativa, mediante il ricorso contro il definitivo atto di nomina, nel caso di esplicita riserva fatta dal candidato all'atto della partecipazione al concorso.

XLVIII. — Licenziamento per fine del periodo di prova.

Se ampia è la facoltà discrezionale dei Comuni di provvedere al licenziamento del medico condotto per fine del periodo di prova, tale facoltà trova però un limite nella sostanziale osservanza del precetto dell'art. 31 della legge sanitaria che conferisce al medico condotto il diritto alla stabilità dopo il biennio di prova.

La giurisprudenza è stata concorde nel riconoscere che il licenziamento diventa illegittimo quando manifestamente abbia lo scopo di frodare il precetto della legge, quello cioè di impedire al medico di conseguire la stabilità: nella specie, per il dichiarato motivo di evitare la tacita conferma e per lasciar libera l'amministrazione di portare eventuali innovazioni nel sevizio sanitario, motivazione questa accessoria e vana.

Così ha stabilito la IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 30 giugno 1925 n. 192; ma in altri casi — come è stato già rilevato con una nostra nota precedente, circa il tormentato periodo di prova — la stessa IV Sezione, pur rispettando teoricamente i principi sopra esposti, ne ha fatto in pratica applicazione tale che ne ha annullato quasi del tutto la efficacia.

Queste incertezze e le contraddizioni che ne derivano, rafforzano la necessità, da noi più volte segnalata, di una disciplina più chiara e rigorosa delle condizioni e delle forme del licenziamento per fine del periodo di prova.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Tra Enti Autarchici e Corporazione sanitaria.

Nei locali della Confederazione nazionale degli Enti autarchici, si sono incontrati il rag. Ghedini, segretario generale della Confederazione nazionale degli Enti autarchici, col dott. Fioretti, segretario generale della Corporazione sanitaria, insieme coi signori: comm. Franceschini, gr. uff. Rebucci, comm. Stella, cav. Francheo, cav. Noceti per gli Enti autarchici, e dott. Gazzella, vice-segretario generale della Corporazione, dott. Vaccino, segretario generale del Sindacato nazionale dei medici condotti, dott. Torti, segretario generale del Sindacato nazionale dei veterinari, dott. Chiara, segretario generale del Sindacato nazionale dei farmacisti.

Dopo una cordiale e diffusa discussione sui rapporti che debbono intercorrere fra Confederazione degli Enti autarchici e Corporazione sanitaria agli effetti della collaborazione sindacale fascista, è stata costituita una Commissione paritetica centrale con funzioni di arbitrato nel campo sindacale per la definizione dei rapporti fra Enti locali, medici condotti, veterinari, farmacisti e levatrici, investendola anche di funzioni tecniche per lo studio e la formulazione dei desiderata concordati fra le parti e da comunicarsi al Governo per la riforma della legge sanitaria e per l'emanazione del relativo regolamento.

La Commissione quanto prima comincerà a funzionare.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Collesano (*Palermo*). — Scad. 31 lug. Per Scillato. L. 8250, oltre L. 2000 cav.

Idria (*Lecce*). — Consorzio. A tutto 10 luglio. Tre condotte: una per Idria città e direzione dell'ospedale; L. 11.000, più L. 600 servizio attivo; due per i comuni consorziati: L. 9000, più L. 3000 mezzo trasporto obbligat. e L. 500 servizio attivo. Rivolgersi Segreteria Comune di Idria.

Orvieto (*Perugia*). — Scad. 10 lug. Per Corvara. L. 8000 oltre L. 600 serv. attivo; c.-v. Chiedere avviso.

Portomaggiore (*Ferrara*). — Scad. 14 lug., 3ª cond. del Forese. L. 10,000 compreso ogni assegno o compenso (trasp., ambulat., ecc.); 5 quadrienni decimo. Assegno complement. L. 3000, rivedibile. Osped. civ. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10 al Tes. com. Docum. a 3 mesi. Voti esami singole materie. Chiedere annunzio.

Potenza Picena (*Macerata*). — Due cond., di cui una prevalentem. chirurg.; ab. circa 8000 in 3 cond.; L. 8000 e tre quadrienni dec., oltre c.-v.; per trasp. L. 2500 se cav. od automezzo, altrim. L. 1000; ricostruz. parziale carriera; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Direz. Osped. se affidata dalla Congreg. Carità.

Raffadali (*Girgenti*). — Scad. ore 19 del 15 lug.; età lim. 40 a.; tassa L. 50 (cart.-v. L. 50.10) alla Tesor. com.; stip. L. 8500 (in corso approvaz.) e 4 quadrienni decimo.

Roma. *Ministero degli Esteri*. — Concorso per titoli a capo del Servizio sanitario della Concessione italiana di Tien-Tsin (Cina). Indennità annua di taels 1400. Obbligatoria la laurea in medicina. Richiedesi la conoscenza della lingua inglese. Vedi *Gazz. Uff.* 19 apr., n. 83. Scad. 15 luglio.

Sassocorvaro (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 15 lug., 1ª cond.; ab. 1350, iscritti 550; L. 8000 e addiz. L. 2 oltre 500 iscritti; c.-v. in L. 1200; L. 200 per direz. Ospedale « Lanciarini ». Tassa L. 50.10. Assunz. della resid. entro 10 (*sic*) gg. dalla partecip. di nom.

Siena. *Società di Esecutori di Pie Disposizioni*. — Medico di Sezione Vice-Direttore del Manicomio di S. Nicolò; L. 14.000 e 5 quadrienni decimo; quartiere per famiglia; c.-v. in L. 200 mens. se con fam., L. 130 agli altri. Docum. alla Segreteria (via Romana 41) non oltre ore 18 del 10 lug. Età lim. 40 a. — Medico di Sezione; L. 12.000; altre condiz. come sopra. L'Amministraz. si riserva di non conferire il posto qualora lo reputi opportuno per qualsiasi motivo.

Tolve (*Basilicata*). — Scad. un mese dal 10 giu.; età l. 30-50 a. fatte le solite eccez.; tassa L. 50.15 al tesoriere comun.; L. 9000 e sei quadrienni. Servizio entro 15 gg.

Trevi (*Perugia*). — Proroga al 10 luglio.

Verona. *Brefotrofio Provinciale*. — Medico aggiunto. Età mass. 35 a. Stip. L. 8000, oltre c.-v. Scadenza 31 luglio. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

Villalatina (*Caserta*). — Vedi fasc. 24. Scad. 12 luglio.

Medici che sappiano scrivere in modo semplice e brillante e desiderino collaborare ad una rivista di propaganda igienica popolare scrivano: « Salute e Igiene », Piazza del Popolo, 18 - Roma (10).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Facoltà Medica di Roma ha chiamato il prof. Attilio Bonanni, dell'Università di Pavia, alla cattedra di materia medica e farmacologia.

Il prof. Pier Ludovico Bosellini, direttore della Clinica dermosifilopatica dell'Università di Roma, è stato insignito — *motu proprio* del Re — della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa Italiana per il giubileo del Sovrano.

Il Presidente della Croce Rossa Italiana, senatore Ciraolo, accompagnato dal vice Presidente sen. Marchiafava e dal Direttore generale prof. Cesare Baduel, ha presentato al Re una medaglia d'oro che il Consiglio Direttivo del Comitato Centrale aveva deliberato fosse coniata in occasione del 25° anno di Regno come omaggio di riconoscenza della C. R. I. al suo Alto Patrono.

Le borse di studio agli orfani dei medici morti in guerra.

Ci si comunica:

La Classe Medica Italiana dopo aver celebrato il suo duplice ardente rito di fede e di amore innalzando, in Firenze, il Monumento ai colleghi morti in guerra, e dopo aver esaltato con alto fervore il loro eroismo nel « Libro d'Oro » ove per i posteri, le tombe ammonitrici daranno luce, si fa adesso un nobile dovere ascoltando la voce dignitosa ed accorata delle madri e degli orfani ormai fatti grandi e quindi più bisognosi di tutela e di aiuto.

La promessa istituzione delle borse di studio è ormai un fatto compiuto. I Medici d'Italia concordemente hanno deciso di assistere i figli dei colleghi caduti per la grandezza della Patria fino al compimento degli studi superiori, fino al giorno in cui da soli potranno affrontare le asprezze della vita. E per poter far coincidere l'inizio di quest'opera di assistenza con il Giubileo della Maestà del nostro Re, s'è deciso di concedere subito, anche per quest'anno in corso, le borse di studio. A tal uopo la Commissione presieduta dal gen. med. Francesco Della Valle, e composta dai: sen. Simonetta, gen. med. prof. Baduel, prof. Silvagni, prof. Gallenga, gen. med. Repetti, col. prof. Santamaria, dott. Fatichi, dott. Bocchetti, dopo ampia discussione a cui ciascuno ha portato la nota elevata del proprio sentimento e dopo un esame accurato delle domande presentate, ha concesso numero 29 borse di studio da L. 1000, 1500, 2000 ed ha messo a disposizione vari posti gratuiti all'Istituto orfani dei Sanitari in Perugia.

Ecco i nomi degli Orfani a cui è stata concessa la Borsa: Mario Paoletti, Scolari Giovanni, Scolari Gualtiero, Bruni Bruno, Bruni Manlio, Chiaravallotti Luca, Loria Giuseppe, Zarri Luigi, Maestri Valentino, Roberti Michele, Cavatorti Pier Luigi, Mereo Francesco, Mazzocchi Giulia, Tosi Carla, Baiocchi Maria Luisa, Cilento Teresina, Degli Oddi Maddalena, Chiaravallotti Anna, Paoletti Iolanda, Arcangeli Alfredo, Sensi Alessandro, Di Benedetto Grazia, Di Benedetto Vincenzo, Ruocco Pietro, Gazoppi Carlo, Lonzar Mario, Di Murro Giulia, Ciuffo Gabriella, Ruocco Alessandro, Bianchi Cesare.

L'assistenza sarà continuata dal Comitato per gli anni successivi fino al giorno in cui persisterà il bisogno da parte degli orfani.

Per tutti gli schiarimenti e le informazioni rivolgersi al Segretario generale dott. Federigo Bocchetti, Direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

Società Psicoanalitica Italiana.

È stata fondata in Teramo, il 7 giugno 1925. Il Comitato di Direzione è costituito dal prof. Dario Maestrini, dal prof. Levi-Bianchini Marco e dal dott. Edoardo Weiss. L'organo ufficiale della Società è l'« Archivio Generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi » - Teramo (Abruzzi).

Ogni eventuale comunicazione va diretta all'indirizzo del prof. M. Levi-Bianchini, direttore del Manicomio Provinciale - Teramo (Abruzzi).

Lega italiana contro il pericolo venereo.

Il giorno 16 s'è riunito il Comitato Direttivo della Lega contro il pericolo venereo che ha preso in esame una lettera della Direzione Generale della Sanità Pubblica e un'altra dell'Unione Internazionale contro il pericolo venereo con sede a Parigi, riferentesi alla prossima riunione autunnale.

Il Comitato ha deciso pure di prendere in esame nella prossima riunione le proposte formulate in riguardo al servizio profilattico celtico dal recente Congresso dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani tenutosi a Torino.

Corso di perfezionamento in Medicina del Lavoro.

Il corso, al quale si sono regolarmente inscritti 34 medici, si è svolto presso la Clinica delle Malattie professionali a Napoli dal 20 aprile al 20 giugno, in 70 lezioni. Di queste 15 sono state tenute dal prof. Ferrannini sulla legislazione del lavoro e della Previdenza sociale e su varii casi clinici di Patologia del lavoro, 15 dal prof. T. Carpentieri che ha esposto sistematicamente la Patologia professionale, 19 da funzionarii medici delle Ferrovie dello Stato appositamente inviati per trattare argomenti di medicina ferroviaria, 5 dal prof. Galbo (consulente medico del locale compartimento della Cassa Nazionale Infortuni) sulla infortunistica, 3 dal dott. Beltrano sulla medicina tramviaria, 1 dal prof. G. Gradenigo sulla simulazione e dissimulazione della sordità, 1 dal dott. Giannini della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali sui compiti sanitarii della Cassa, ed 11 sono state esercitazioni varie che ha fatto il personale della Clinica. Vi sono state inoltre diverse visite agli stabilimenti industriali ed ai principali istituti assicuratori.

Il prof. G. Loriga, espressamente inviato dal Ministero dell'Economia Nazionale, ha tenuto la lezione di chiusura sui nuovi orizzonti dell'igiene e della previdenza sociale, ed ha assistito agli esami.

Agli esami si sono presentati tutti gli inscritti meno uno solo, ed hanno tutti riportato l'approvazione ottenendo 14 la classifica di ottimo, 9 di lodevole e 10 di bene. Due premi di 300 lire ognuno sono stati assegnati ai dottori Paggi Giorgio

e Spadetta Gustavo che hanno fatto il migliore esame; ai dottori Dante Giuseppe e Polito Filippo è stata restituita la tassa d'inscrizione al corso. Inoltre 1000 lire assegnate dalla Croce Rossa per i suoi medici inscritti al corso e che avessero dato il migliore esame, sono state divise tra i dottori Di Maso Giuseppe e Manes Pasquale.

Corso di perfezionamento.

Nella R. Università di Siena si terranno:

un corso bimestrale per aspiranti ufficiali sanitari; inizierà il 15 luglio; tassa L. 300; vi sono ammessi laureati in medic., zooiatria, chimica e farm., scienze agrarie;

un corso teorico pratico dimostrativo sul cancro, dal 15 luglio al 15 agosto, affidato al prof. O. Barbacci, coadiuvato dal prof. B. Lunghetti; sarà diviso in due parti: l'una teorica, ad iscrizione gratuita, l'altra pratica, per la quale è fissata la tassa d'iscrizione di L. 150.

Gli orari sono combinati in modo da consentire la frequenza contemporanea dei due corsi.

Consiglio superiore di Sanità.

Si è adunato in sessione plenaria il C. S. S., sotto la presidenza del sen. prof. Marchiafava. Daremo prossimamente un resoconto dei lavori compiuti.

Vigilanza igienica sugli acquedotti.

Il Ministero dell'Interno ha diramato ai Prefetti una circolare n. 20179-C, in cui richiama ed illustra precedenti disposizioni per intensificare la vigilanza sugli acquedotti e sul loro esercizio.

XXV anno di laurea a Padova.

I laureati del 1900 dell'Università di Padova che intendono festeggiare il 25° anno di laurea, mandino la loro adesione al dott. Umberto Grandis, Cinto Caomaggiore (Venezia), che li informerà per lettera del giorno e dell'ora del ritrovo.

In onore del prof. Chiusoli.

Il prof. Vittorio Chiusoli ha lasciato, per limite di servizio, dopo 33 anni, l'Ospedale Civile di Ravenna. Vi giunse nel 1892 proveniente dalla Clinica di Augusto Murri del quale fu aiuto stimatissimo. Per la sua vasta cultura sia nella scienza medica, come nelle complementari di fisica, chimica, scienze naturali, per la sua scrupolosa onestà, per la gentilezza e bontà d'animo, è stato nel trentennio di suo esercizio professionale in Ravenna molto apprezzato e ben voluto dai medici e dalla popolazione. Il 13 giugno i medici riconoscenti gli hanno offerta una bellissima medaglia d'oro, opera dello scultore Arrigo Minerbi.

È chiamato per concorso a sostituirlo il prof. Francesco Schiassi, aiuto della R. Clinica Medica di Bologna.

NICOLA GIANNETTASIO era nato a Oriolo nel comune di Rossano Calabro nel 1865, e si laureò a Siena nel 1882. Assistente prima e per parecchi anni alla cattedra di Anatomia umana a Siena, poi a quella di Patologia generale, passò dopo un breve periodo in cui fu assistente nella Clinica Oculistica, a quella Chirurgica, dove sotto la direzione del Novaro fu prima assistente e poi aiuto, continuando in tale ufficio a Bologna dal '99 fino al 1902; qui venne anche incaricato dell'insegnamento della Medicina operatoria.

Libero docente di patologia chirurgica, di clinica chirurgica e medicina operatoria e di traumatologia, prese parte a vari concorsi a cattedre universitarie, fu compreso nella terna per il posto di professore di patologia chirurgica a Catania, ed ebbe lusinghieri giudizi, anche recentemente, nel concorso per la Clinica Chirurgica di Padova.

La sua preparazione basale e la sua esperienza chirurgica erano come si vede ottime, e lo dimostrò nella pratica, cui si dedicò coll'entusiasmo e colla vivacità del suo carattere generoso.

Chirurgo primario a Grosseto e a Ravenna, poi da lunghi anni a Firenze nell'Ospedale di S. Giovanni, fu dovunque largamente stimato e ammirato nell'esercizio professionale.

Ottimo collega e cittadino esemplare fu a Messina e ad Avezzano a prestar l'opera sua in occasione del terremoto e durante la guerra diresse la quarta Ambulanza Chirurgica con alto senso di civismo e con coraggio sereno profondendo il suo illuminato soccorso in condizioni spesso assai critiche, come a Devetaki sul Carso e presso il Montello dopo la ritirata. Fu anche a Fiume con D'Annunzio nel '20 a dirigervi il servizio sanitario.

Primo propose e usò nel trattamento delle ferite infette gli ipocloriti col suo clorosol, precursore del Dakin e del Carrel, i cui liquidi a base di ipocloriti ebbero poi larga diffusione. Una sua monografia sugli « addominali di guerra » è un saggio assai notevole di chirurgia nelle ferite dell'addome da armi da fuoco.

Ha vari allievi, valorosi chirurgi, oggi in ospedali importanti, e un grande numero di amici ed estimatori, cui l'annunzio improvviso della sua morte è stato di dolorosa sorpresa, poichè ancora valido e fattivo egli era nella sua vigorosa maturità.

R. A.

Dal Ministero degli Esteri del Belgio è stata partecipata, al paese natìo, Loro Piceno (Macerata), la morte del collega dott. NAZARENO GRISOGANI, laureato in Roma, avvenuta in un incidente di caccia nel Congo belga il 16 maggio. Ne facciamo le condoglianze alla famiglia e ai conterranei.

G. L.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Gaz. d. Hôp., 10 gen. — H. REDON e A. HARBURGER. Gangrena senile.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — W. A. WHITE. Il metodo comparativo in psichiatria. — M. W. PECK. La vita sessuale nei collegi.

Riforma Med., 5 gen. — U. DI GIACOMO. Glicemia nelle sindromi parkinsoniane e nel Parkinson. — G. MARGHRETH. Emoclasia digestiva.

Annales Inst. Pasteur, dic. — H. STASSAUS. Travasamento asettico di liquidi sterili. — LETONTURIER, DE MARQUEISSAC e JAMOT. Profilassi della malattia del sonno al Camerun.

Pediatria, 1 gen. — S. FABRIS. Sviluppo corporeo e tub. infantile. — G. BATTINO. Rapporti fra herpes zoster e varicella.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 10 gen. — F. J. ONTIVEROS. Le sindromi striopallide tossiche.

Riv. Ospedal., 15-31 dic. — M. BOLAFFIO. Irradiazione della milza nelle metropatie emorragiche.

Rev. Med. d. Urugruay, ott. — M. PAREJA-HORMAECHE. Dilataz. familiare dell'a. polm.

Mediz. Klinik, 1 feb. — F. GLASER. Progressi nel campo del sist. nerv. vegetativo. — J. SIL. Azione insulinica di prodotti vegetali e loro estratti.

Deutsche Mediz. Woch., 30 gen. — C. WINTER. Progressi e problemi d. ginecologia. — R. WEICHBRODT. Le psicosi endogene e loro trattam.

Münch. Mediz. Woch., 30 gen. — F. WEINBERG. Prestadio e stadio precoce delle anemie perniciose. — B. PFEIFFER. Chemoterapia della paralisi progressiva.

Bull. Ac. de Méd., 20 gen. — J. KUNSTLER. La depuraz. sanit. delle ostriche. — O. LAURENT. Azione cicatrizzante del formolo nell' epitelioma della faccia.

Brit. Med. Journ., 28 feb. — B. MOYNIHAN. Alcuni aspetti della colelitiasi.

Acta Medica Scandinava, VI. — F. BREIUL L'immunità nel tifo petecchiale. — E. THOMSEN. Achilia neurogena e cellulare. — H. HANSBORG. Prognosi della nefrite scarlattinosa.

Haematologica, 2. — V. ARIALA. La emoclasi. — G. FIORITO. Fagocitosi delle piastrine. — B. SALKIND. Sostanze proteiche del sangue nella tbc. e altre forme morbose.

Journal Am. Med. Assoc., 14 feb. — C. A. ALDRICH, R. B. GIBSON, R. N. LARIMER. Edema generalizzato. — J. B. BILDERBACK. Acrodimia. — W. F. HENDERSON. Antiperistalsi del duodeno nelle parassitosi.

Pediatr., 15 feb. — M. B. SINDONI e P. RITOSSA. Etiologia della rosolia. — R. DARDANI. Avvenire degli spasmofili.

Lancet, 17 feb. — J. PURVES-STEWART. L'ubbriachezza acuta. — B. MOYNIHAN. Rapporti tra medicina e scienze natur. — R. HERVÉ. Terapia anti-consuntiva.

Actinoterapia, 7. — R. GHERARI. Neoplasie toraciche e loro terapia.

Giorn. Med. Milit., 1 gen. — Celebrazione dei medici caduti in guerra.

Medicina Ibera, 28 feb. — F. F. MARTINEZ. Epatite cronica itterigena.

Practitioner, mar. — C. W. CHAPMAN. Le ricerche recenti sul cuore e sui vasi. — C. SUNDELL. Piretoterapia delle affezioni reumatiche. — T. A. HAROKESWORTH. La psicoterapia nella pratica.

Presse Méd., 11 feb. — M. LETULLE e F. BEZANÇON. La polmon. caseosa. — 21 feb. B. A. HOUSSAY. Il compito fisiologico dell'adrenalina. — 25 feb. J. CAMUS e a. Diabete zuccherino da lesione nervosa.

Mediz. Klinik, 27 feb. — E. VOGT. Trattam. dell'aborto. — N. RÓNA. Tbc. polm. e sist. endocrino. — Discuss. sull'interv. precoce nella colelitiasi.

Münch. Mediz. Woch., 27 feb. — A. BOSTROEM. I tumori cerebrali. — F. FRAENKEL. La sifilide delle vie respirat.

Quaderni di Psichiatr., gen.-feb. — C. CENI. Influenza della psiche sui processi biologici ereditari maschili e femminili.

Minerva Med., 28 feb. — G. DELPIANO. Velocità di sediment. dei glob. rossi nella sifil., mal. veneree e dermatosi. — G. SALVIOLI. Aniridia congenita familiare.

Bull. Ac. de Méd., 17 feb. — C. I. URECHIA e I. NITESCU. Compito dei nuclei del « tuber cinereum » nel diabete speriment.

Lancet, 7 mar. — A. SALUEBURY MAC NALTY. Malattie epidemiche del sist. nerv. centr.

Brit. Med. Journ., 7 mar. — G. BELLIMGHAM, SMITH. La clinica ante-natale.

Revue Neurol., feb. — J. RAMSAY-HUNT. La forma tremolante di degeneraz. lenticolare.

Boston Med. Journ., 26 feb. — J. HOMANS. Trattam. operativo dell'ulcera varicosa.

Annales Inst. Pasteur, feb. — L. NÈGRE e A. BOQUET. Tentativo di cura della tbc. speriment.

Münch. med. Woch., 6 mar. — F. GLASER. Il calcio del siero di sangue. — H. MUCH. Il *Bacillus cytolyticus*. — G. GIEMSA. La *Spir. pallida* si abitua al bismuto?

Deut. Med. Woch., 6 mar. — M. HAHN. Le vaccinazioni preventive. — T. J. BINGERS. Sull'eziologia della scarlatt.

Zeitschr. f. Tuberk., mar. — A. GHON, H. KUDLICH e F. WINTERNITZ. Anat. patol. e genesi della tub. infantile.

Giorn. Ital. di Dermat. e Sifil., feb. — G. BERTACCINI. Alterazioni endocrino-simpatiche e malattie cutanee. — C. A. BLASI. Herpes gestationis. — G. B. STEFANINI. Reaz. di Costa e reaz. di Wassermann.

Medic. d. Lav., 28 feb. — G. AIELLO. Fatica e sist. nerv. vegetat.

Bull. Méd., 4 e 7 mar. — G. LYON. Il citrato di soda.

Journal Am. Med. Assoc., 21 feb. — H. V. BUNKER e G. H. KIRBY. Trattam. della paralisi progr. con l'inoculaz. di malaria. — W. A. THOMAS. Tachicardia paross. nell'emicrania. — F. T. CADHAM. Singhiozzo epidemico.

Cult. Stomatol., feb. — C. CAVINA. Cura delle nevralgie del trigem.

Morgagni, 18 gen. — G. B. CAPUTI. Il siero di sangue negli anim. in crisi di rigeneraz. ematica.

Journ. de Méd. de Paris, 17 gen. — R. DE MÉBEVICILLE. L'asma dei bronchitici, suo trattam. inalatoriale.

Ann. di Oftalmol. e Clin. Oculist., 9-10. — L. MAGGIORE. L'ora serrata nell'occhio umano. — P. SPECIALE-PICCICHÈ. Linfomi delle palpebre. — 11-12. L. MAGGIORE. Lussaz. del cristallino. — N. SCALINCI. Alterazioni del vitreo.

Revue Franç. de Gyn. et d'Obst., 10-25 gen. — E. VEILLARD e J. CREYSSEL. Pseudo-flemmone superiore del legam. largo, peritonite suppurata incistata peritubaria.

Pensiero Med., 31 gen. — E. MARAGLIANO. Lezione di chiusura.

Morgagni, 8 feb. — C. BORRI. Patogenesi della ureteridrosi.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 1 feb. — G. CINTI. Infiammaz. suppurativa della capsula cellulo-adiposa del rene.

Minerva Med., 10 mar. — L. BOBBIO e C. GAMNA. Cisti dermoidi del mediastino anter.

Riv. di Cl. Med., 15 feb. — F. SCHUPFER. Tifobacillosi.

Bull. Acad. de Méd., 10 mar. — JAUREGUI e LANCELLOTTI. Sieroterapia della sifilide.

Presse Méd., 4 mar. — G. DURAND e M.-E. BINET. Le tiflocolecistiti croniche. — 7 mar. RIMBAUD e BOULET. Il riflesso di Bechterew-Mendel. — L. DUPUY. Sulla riserva alcalina. — PETZETAKIS. Lo stovarsol nelle parassitosi intestinali.

Mediz. Klinik, 6 mar. — L. KUTTNER. Ematemesi, enterorragie, perforazioni. — E. ABDERHALDEN. Gli stati latenti.

Rev. españ. de Med. y Cir., mar. — J. S. MARTÍ. Errori e difetti diagnostici. — A. E. COSTA. L'equilibrio acido-base del sangue. — M. TORELLÓ. L'agente della scarlattina.

Rass. intern. di Clin. e Ter., gen. — P. DEL TORO. Azione della polpa testicolare nell'attecchimento degli innesti cutanei.

Lancet, 14 mar. — G. R. MURRAY. I gemelli nella salute e nella malattia. — W. R. CAMPBELL. Il sintomo glicosuria.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 2 mar. — W. E. DEEKS, W. M. HEWETSON. Eziologia della febbre emoglobinurica.

Prensa Med. Argent., 10 feb. — M. R. CASTEX e D. GREENWAY. Entozoonosi e tossiemie intestinali.

Prensa Méd Argent., 30 gen. — M. R. CASTEX e D. GRRENWAY. L'entozoosi in rapporto con la tossiemia intestin.

Osservatore Med., gen. — A. PIAZZA MISSORICI. Cisti rare della regione mastoidea.

Soc. d. Hôp., 19 feb. — LESNÉ e DE GENNES. Zona e varicella. — L. BABONNEIX e M. LÉVY. Corea congenita.

Journ. de Méd. de Paris, 21 feb. — L. LEENHARDT e M.-TH. SENTIS. La neurologia infantile.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Riforma Med., 9 feb. — D. TADDEI. L'ulcera gastrica e duodenale dal punto di vista chirurgico. — A. PIAZZA MISSORICI. Antigeni per la R. Wassermann.

Deutsche Mediz. Woch., 20 feb. — A. GOTTSTEIN. La sensibilità individuale alle malattie epidemiche. — H. REITER. Coltura pura di *Spirochaete dentium*. — F. WIRZ. La iontoforesi.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red resp.

ANNO XXXII Roma, 13 Luglio 1925 Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTIT. DI CLIN. MED. DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Prof. V. ASCOLI.

Il bismuto nella terapia della sifilide.

Rivista sintetica e critica

per il dott. GIORGIO GIORGI, cap. med. R. Esercito, assistente militare.

La cura della sifilide con il bismuto ha assunto una importanza grande per i risultati favorevoli ottenuti dagli studi e dalle osservazioni che si sono susseguite e moltiplicate per opera dei più reputati sifilografi di tutte le nazioni, dopo le prime ricerche di Levaditi e Sazerac sulla sifilide sperimentale e di Fournier e Guénot su quella umana, per cui può riuscire utile, dopo 4 anni di esperienza, dare uno sguardo complessivo d'insieme al vasto problema.

In genere quando compare nel campo della terapia un medicamento nuovo, anche se ne esistono altri specifici per la stessa forma morbosa, si assiste al fenomeno di un entusiasmo collettivo per il nuovo preparato; ma poi passato questo primo periodo, il successo viene ridotto nella cerchia del suo reale valore, oppure si determina il lento e progressivo tramonto del rimedio, quando questo non poggi su basi sicure di sani criteri scientifici o non venga sostenuto da una vasta esperienza clinica.

Benchè esistano altri due energici rimedii antiluetici, tuttavia l'arricchirsi della terapia di un altro mezzo di cura di fronte ad una infezione così grave, così diffusa e con le più diverse e varie manifestazioni, rappresenta indubbiamente un grande progresso.

Il bismuto è stato esperimentato per la prima volta nel 1889 da Balzer come possibile rimedio nella sifilide; però avendo l'autore osservato nel corso delle sue ricerche delle stomatiti e delle enteriti dissenteriformi mortali, abbandonò i suoi studii.

Più tardi, nel 1916, Sauton e Robert dimostrarono che il tartrobismutato di sodio e potassio agiva preventivamente ed anche curativamente nella spirillosi dei polli.

Tale era lo stato della questione, quando nel 1920 Sazerac e Levaditi ripresero lo studio della azione curativa del bismuto nella sifilide sperimentale del coniglio, sulla spirillosi spontanea di questi animali e sulla tripanosomiasi, per mezzo

di iniezioni sottocutanee e intramuscolari di tatrobismutato di sodio e potassio in sospensione oleosa. In seguito ai risultati favorevoli di queste ricerche iniziarono la cura del bismuto nella lue umana, rilevando che questo sale determina la scomparsa rapida del treponema nelle lesioni aperte e la cicatrizzazione di queste in poco tempo, agendo con efficacia sulle adenopatie primarie e secondarie e influenzando favorevolmente le lesioni terziarie.

Subito dopo, Fournier e Guénot, iniziarono lo studio di controllo delle ricerche di Levaditi e Sazerac, confermando pienamente i risultati. Questi autori hanno curato numerosi sifilitici in diversi stadi della malattia adoperando il citrato di bismuto ammoniacale in soluzione acquosa, il tartaro bismutato di sodio e potassio e una sospensione oleosa di jodo-bismutato di chinina. I risultati furono soddisfacenti perchè notarono che il sifiloma in genere cicatrizza in un periodo che va da pochi giorni a circa un mese a seconda che si tratti di una forma erosiva o ipertrofica ulcerata. Il treponema scompare dalla superficie del sifiloma dopo la prima o al massimo la seconda iniezione. A carico delle manifestazioni secondarie notarono che le placche mucose boccali e le placche genitali erosive, sono le lesioni che in genere scompaiono più rapidamente. Risultati notevoli si ebbero in alcune manifestazioni recidivanti malgrado intense cure mercuriali e arsenicali. Nei riguardi delle manifestazioni terziarie, riscontrarono un'efficacia variabile, perchè, mentre un vasto sifiloderma nodulo-ulcerato cicatrizzò in pochi giorni, in alcune forme di ulcerazioni gommose l'efficacia del nuovo preparato fu più tardiva e poco energica. Questi autori hanno notato durante la cura inconvenienti di lieve entità: frequenti stomatiti, rare albuminurie, leggero dimagramento, modica elevazione febbrile, leggero ittero.

Dopo queste prime ricerche sul bismuto in rapporto alla terapia della sifilide, che destarono un grande interesse nel mondo scientifico, gli studi, le osservazioni, le monografie, i casi di sifilide trattati con la bismutoterapia in tutti i vari stadii, nelle molteplici manifestazioni e nelle forme più diverse, si sono talmente moltiplicati, che oggi, dopo circa quattro anni dai primi successi, esiste una casistica così vasta che ci permette di poter esprimere un giudizio più ponderato e sereno sul reale valore terapeutico, quantunque occorrerà ancora un lungo periodo di esperienza prima che venga pronunciato un giudizio definitivo.

L'EFFICACIA DEL BISMUTO NELLE VARIE MANIFESTAZIONI.

Nel passare in rapida rassegna i risultati ottenuti dai numerosi autori che si sono occupati dell'argomento, l'esposizione riuscirà più chiara esaminando l'azione curativa del bismuto nelle singole manifestazioni dei varii stadii.

Sulle *lesioni primarie* i sali di bismuto svolgono in genere un'azione molto efficace; infatti dopo circa 48 ore dalla prima iniezione secondo Escher, o al massimo dopo la seconda (Pasini), il treponema non viene più trovato alla superficie della lesione nè all'ultramicroscopio nè al Fontana; il sifiloma si deterge e si inizia il processo di cicatrizzazione. Però Pasini dopo la seconda iniezione di Trepol lo ha riscontrato nel siero estratto da una delle ghiandole inguinali satellite. Il tempo necessario per la cicatrizzazione completa dell'accidente iniziale è vario, però non supera in genere i 30 giorni a seconda che si tratti di una forma erosiva semplice od ipertrofica ulcerata. Nei riguardi dell'infiltrato che accompagna e circonda l'ulcera e dell'adenopatia satellite, i pareri veramente non sono molto concordi anche di quegli autori che hanno sperimentato con lo stesso preparato. Mentre Sazerac e Levaditi, Fournier e Guénot, Radaeli e Pasini sostengono che l'adenopatia e l'indurimento regrediscono e scompaiono celermente e perfino Escher afferma che l'influenza sull'infiltrazione e sulla adenopatia satellite (Trepol e Neo-Trepol) è assai maggiore che non sia quella arsenicale e mercuriale, Travagli, Rummo, Ducrey, Martinotti, Truffi, Voehl, Levi e molti altri, hanno dovuto constatare che, specie l'adenopatia satellite, è lentissima a cedere e resiste lungamente.

Nei riguardi della reazione sierologica si hanno risultati inconstanti. Escher osservò che la R. W. nella sifilide primaria dopo una prima serie di iniezioni divenne negativa nel 60 per cento dei casi. Secondo alcuni autori pare che il bismuto usato nel periodo a reazione sierologica negativa, riesca in alcuni casi a costituire un mezzo di cura abortiva ed impedisca quindi la insorgenza di manifestazioni generali, mantenendo negativa la sieroreazione. Però Levi, in un caso di sifiloma primitivo con R. W. negativa, ad onta che venisse prontamente iniziata la cura, non riuscì ad evitare la comparsa delle manifestazioni generali.

Nelle *manifestazioni secondarie*, l'efficacia del bismuto si mostra in genere assai notevole, però non è sempre costante nei riguardi della sua prontezza terapeutica nelle diverse manifestazioni di questo stadio e non sempre si comporta ugualmente nella stessa lesione. Queste variazioni non possono solamente attribuirsi alle differenti preparazioni usate, ma anche alla diversa

sensibilità individuale al bismuto. In pochi giorni, spesso dopo un'unica iniezione, l'efficacia è evidente sulle manifestazioni condilomatose ed erosive delle mucose. Dopo circa tre iniezioni in genere scompaiono completamente le placche mucose boccali, e le placche genitali erosive. Levi ha notato che sulle placche mucose la sua efficacia è incostante, talvolta l'azione è rapidissima, altra lenta. C. Ducrey dopo la seconda iniezione non ha più riscontrato i teponemi nelle placche mucose. La roseola scompare in genere dopo la terza iniezione, ma qualche volta si è mostrata più resistente. Meno sensibili si mostrano i sifilodermi papulosi. Le lesioni papulocrostose e le manifestazioni psoriasiformi sono alquanto più resistenti. Invece i fenomeni generali risentono notevolmente dell'azione del bismuto; in molti casi già dopo la prima iniezione si attenuano sensibilmente, la cefalea, i dolori osteocopi e lo stato di malessere; ma in genere, perchè i fatti generali scompaiono completamente, occorrono due o tre iniezioni. Anche nelle forme più gravi, con senso di malessere generale, accentuata febbre serale, deperimento organico intenso, si ottiene rapida regressione. Un po' meno sensibili all'azione del bismuto sono i sifilodermi papulosi ed in modo particolare le forme lichenoidi e le localizzazioni palmo-plantari, benchè sia stato descritto qualche caso che ha ceduto facilmente. Sull'adenopatie secondarie, in genere quasi tutti sono concordi nell'affermare che l'azione si mostra molto lenta. Sonò stati descritti da Veber e da Felke dei casi di ittero sifilitico secondario trattati con il bismuto e guariti completamente.

Anche dei casi di albuminuria sifilitica secondaria sono stati curati con il bismuto con risultati molto favorevoli (Emery e Morin, Ehlers).

Gli effetti sulla R. W. nel periodo secondario subito dopo la cura sono generalmente molto scarsi, però la sua efficacia si mostra tardivamente in modo incostante. Rummo ha visto che la R. W. resta positiva dopo la somministrazione di due gr. e 20 del rimedio. Egli ritiene che con la bismutoterapia, non bisogna, come criterio curativo, basarsi sul ritorno alla negatività delle sierodiagnosi, perchè iniettando dosi globali più alte si possono avere fenomeni di intolleranza senza ottenere la riduzione immediata alla negatività della W. Pasini ha trovato la R. W. persistentemente positiva anche dopo otto-dieci iniezioni di « Trepol »; C. Ducrey anche dopo tre grammi di tartrobismuto la W. non ha ceduto alle cure. Levi ha notato che gli effetti sulla R. W. in esami praticati immediatamente dopo la cura si dimostrano quasi nulli, invece in quelli praticati un mese o più dopo la cura, rilevò, in un terzo negatività e nell'altro terzo attenuazione; però una volta ottenuto il cambiamento della R. W. sembra essere più definitivo che con gli altri antileutici.

Sciarra facendo ricerche sperimentali ha trovato che il bismuto non ha alcuna influenza sulle sierodiagnosi positive dei conigli normali. Egli ripetendo col bismuto le esperienze di Wassermann, Pribrau, Emanuel sul mercurio e l'arsenico sui conigli a reazione R. W. positiva, dimostrò che le modificazioni immediate delle sieroreazioni positive, sono espressioni di azione cellulare sui tessuti, e non etiologica diretta sulla sifilide, quindi l'efficacia dei rimedi antiluetici deve essere giudicata in base alla immediata influenza sulla sintomatologia clinica e non sulle sieroreazioni positive, esponenti duraturi di immunizzazione attiva antilipoidea; perciò il bismuto per la sua azione treponemicida energica è da usarsi prescindendo dalla sua influenza sulle sieroreazioni.

La reazione di Herxeimer si manifesta spesso dopo la prima iniezione, però la sua frequenza è maggiore nella sifilide secondaria, ora più ora meno pronunciata ed è sempre meno intensa che con gli arsenobenzoli. Anche nella sifilide secondaria tardiva con manifestazioni papulo-infiltrative ulcerose la sua azione benefica venne messa in evidenza da Pasini e C. Ducrey.

Nel complesso si può dire che gli effetti del bismuto sulle manifestazioni secondarie pure essendo in genere pronti ed efficaci, per alcune sue manifestazioni cutanee l'azione, a volte, si manifesta lenta e tardiva, mentre è rapida e pronta nelle lesioni delle mucose.

A carico delle *manifestazioni terziarie* gli autori sono unanimemente d'accordo nell'affermare che i sali di bismuto spiegano in genere in tutte le varie lesioni un'azione assai efficace, rapida e profonda. Rummo specialmente insiste sulla spiccata e rapida azione sulle osteiti gommose. Escher ha notato detersione e cicatrizzazione di vaste lesioni in due o tre settimane. C. Ducrey in meno di 20 giorni ha visto cicatrizzare una piccola gomma ulcerata del palato molle e riassorbirsi completamente infiltrati gommosi molteplici sottocutanei. Tommasi ha egualmente ottenuto ottimi risultati nel terziarismo. Pasini, che ha esperimentato vari preparati bismutici, ha rilevato dei risultati terapeutici assai evidenti su notevoli masse infiltrative e sulle superfici ulcerose profonde, che rapidamente riparavano e cicatrizzavano, nelle lesioni distruttive delle cavità naturali e delle ossa, nelle osteiti gommose del palato duro, nelle gomme

ulcerative della faringe, nelle periostiti gommose delle ossa nasali, nell'irido-ciglite e labirintite luetica. Troisier ha ottenuto la guarigione in un caso di laringite ulcerosa terziaria; Nin Posadas in un caso di leucoplasia che aveva resistito all'arsenico e al mercurio, Bernard e Pinchart in un caso di orchite sifilitica terziaria e d'idrocele. Tavagli ritiene che nelle forme cutanee terziarie l'azione dei sali di bismuto possa paragonarsi a quella degli arsenobenzoli. Nin Bosadas è del parere che l'azione curativa del bismuto nelle manifestazioni terziarie, quantunque nettamente superiore a quella del mercurio, è tuttavia meno rapida di quella degli arsenobenzoli per via endovenosa.

I primi a sperimentare nella *neurosifilide* la bismutoterapia furono Marie e Fourcade i quali hanno rilevato che i sali di bismuto si mostrano assai efficaci solo nelle forme a tipo di manifestazioni localizzate (gomme, arteriti, nevriti). Tra i numerosi casi ne osservarono uno di meningite cerebrale specifica con rapido miglioramento. Lortat-Jacob e Roberti, Spillmann hanno ottenuto risultati rimarchevoli nella neurosifile e focolaio. Apert ha ottenuto la guarigione di una radicolite con paralisi della accomodazione. Clément-Simon e Braler ritengono che nelle complicazioni nervose l'azione del bismuto è eguale e forse superiore a quella degli arsenobenzoli. Mentre invece il Pinard pensa che non bisogna fare troppo affidamento sulla bismutoterapia nelle manifestazioni nervose luetiche; ritiene che una sifilide nervosa debba essere trattata con gli arsenobenzoli a forti dosi. Tixier vide guarire un infermo con crisi di convulsioni tonico-cloniche e con una gomma ulcerata della lingua. Mandel osservò un caso di cefalea ribelle al 914 che persisteva da oltre due anni, scomparire dopo due iniezioni di bismuto. Jeanselme stima che l'avvenire del bismuto è nella sifilide nervosa per il passaggio del medicamento nel liquido cefalo-rachiadiano, constatato sperimentalimente negli animali (Muller, Blass e Kratzeisen, Mork, Citron). La sua efficacia sui dolori folgoranti dei tabetici indica un'azione certa sul sistema nervoso. Marie e Foucade videro scomparire o migliorare nei tabetici le crisi gastriche. Artom e Escher non hanno ottenuto risultati apprezzabili nella tabe. Però Lortat-Jacob e Roberti, Hudelo e Rabut, Franceschini, Trossarello, Conterno ed altri, hanno messo in evidenza la sua incontestabile efficacia nei dolori folgoranti della tabe. Pasini in questa malattia con l'arsenobismuto sodico Zambeletti alla dose di 2-5 cmc. ogni due-quattro giorni e a lungo continuato per periodi di 20-25 iniezioni ciascuno, ha notato miglioramento notevole non solo dei fatti soggettivi, quali i dolori lancinanti, ma anche rispetto ai riflessi rotulei, alla diplopia, ai disturbi della coordinazione dei movimenti, al segno di Romberg, alla sensibilità. Anche nella paralisi generale ebbe ad osservare qualche miglioramento riflettente l'imbarazzo della parola, i tremori, le modificazioni del carattere e l'indebolimento intellettuale. Escher e Artom nella paralisi generale non hanno ottenuto che insuccessi; quest'ultimo ritiene che nella tabe e nella paralisi progressiva, i risultati siano inferiori a quelli che possono aversi con gli arsenobenzoli. Riquier ha ottenuto con il « Trepol » e il « Neotrepol » sulla sifilide nervosa recente, risultati molto rimarchevoli, mentre nella sifilide nervosa quaternaria non ebbe effetti diversi da quelli fin qui raggiunti con gli antiluetici più reputati. Però egli ritiene che in confronto all'As. e al Hg. il bismuto, presentatndo il vantaggio di essere di facile impiego e molto tollerabile, possa usarsi anche in queste forme con particolare indicazione, specie quando il trattamento con gli arsenobenzoli e il mercurio non possa essere intrapreso o debba essere interrotto.

Nel complesso si può dire che il bismuto nella sifilide del sistema nervoso è in genere molto efficace nelle forme a focolaio, nelle meningiti, nelle nevriti, nelle arteriti, ma nella tabe e nella paralisi progressiva, secondo i più, si può ottenere un certo miglioramento dei sintomi subbiettivi nella tabe dorsale (dolori folgoranti, crisi gastriche), e anche secondo alcuni di qualche sintomo obbiettivo (diminuizione dei linfociti), mentre nella paralisi progressiva non sono stati ancora descritti miglioramenti apprezzabili e costanti.

Nella *lue congenita* Cajal e Spierer rilevarono che il bismuto può essere adoperato senza inconvenienti e non presenta alcuna contro indicazione. Secondo le loro esperienze i preparati di bismuto hanno dato risultati superiori a quelli ottenuti con il mercurio e paragonabili a quelli del neosalvarsan, senza d'altra parte dare reazione febbrile, nè disturbi gastro-intestinali. Notevole fu il miglioramento ottenuto in un caso di idrocele con diminuizione sensibile del liquido cefalo-rachidiano. Il bismuto non si mostra efficace però nella splenomegalia, ma il mercurio e il neosalvarsan si comportano egualmente. Cebrians riporta notevoli successi in casi di lue congenita ottenuti anche in piccoli bambini. Giona Nardi in venti casi di lue congenita in piccoli pazienti di varia età che vanno da un minimo di 2 mesi ad un massimo di 4 anni con

le iniezioni intramuscolari di « Bismarsol » ha ottenuto risultati notevoli in casi di sifilodermi papulosi e papulo-crostosi, in casi di pemfigo palmare e plantare, nella coriza specifica, nelle manifestazioni gommose, nell'epatomegalia, in un caso di emiparesi, nell'anemia luetica, senza notare fenomeni rimarchevoli d'intolleranza.

Indubbiamente nella sifilide congenita anche le osservazioni di molti altri autori (Debrè e Alcan, Cabouat, Rebaudì, Truffi, Travagli, ecc.) concordano nell'affermare che la sua efficacia è assai spiccata specie in queste forme, ove sono frequenti i casi di mercurio-resistenza, tanto che può considerarsi non inferiore al neosalvarsan senza però dare luogo a inconvenienti e fenomeni d'intolleranza.

La sua azione nella *sifilide maligna* si è manifestata assai notevole. Pasini ha trattato due casi di una forma maligna papulo-pustolosa precoce, uno dei quali aveva resistito al mercurio e ne ottenne ottimi risultati, confermati anche da Huber e Massary in un altro caso.

Nella *sifilide cardio-vascolare* la sua azione sui sintomi funzionali e sulla evoluzione di questa lesione, per la sua grande tolleranza, merita di essere rimarcata. I primi a sperimentare in questo campo il bismuto furono Lambry e Bordet su 20 malati di aortite semplice, accompagnata o no da angina pectoris, complicata a insufficienza cardiaca e renale con o senza ipertensione adoperando il iodobismutato di chinina (Quinby). I risultati sono stati molto sensibili, tanto dal punto di vista funzionale (attenuazione o quasi scomparsa dei fenomeni dolorosi, e dispnoici), che dal punto di vista fisico (stabilizzazione delle lesioni aortiche constatata all'esame radioscopico). Questi autori pensano che sia per il trattamento prolungato di cui hanno bisogno queste lesioni, sia per assicurare alle aortiti complicate ad insufficienza miocardica, deficienza renale, ipertensione assai elevata, in soggetti intolleranti o resistenti al mercurio, all'arsenico e al ioduro, il beneficio del trattamento specifico, il bismuto rappresenti un medicamento di grande valore, pur rimanendo gli arsenobenzoli per la loro rapida efficacia il trattamento di attacco in quei soggetti che ne sopportano bene le alte dosi. Brin e Legrain pensano che nella cura delle lesioni cardio-aortiche il bismuto si deve sempre associare agli altri medicamenti usuali (mercurio, arsenico e ioduro). Numerosi pazienti di aortite luetica sono stati sottoposti alla bismutoterapia anche da Prenet, Simon, Gorl, Vorgt, con buoni risultati. Cécile ha rilevato la sua efficacia indiscutibile solo in quelle aortiti nelle quali non si sia determinata l'ectasia. Conterno ha potuto osservare miglioramenti dei sintomi funzionali sia soggettivi che oggettivi, ma non ha mai osservato la riduzione delle ectasie, riportate da qualche autore.

Nella *sifilide renale secondaria* Lortat-Jacob e Roberti, con il iodobismutato di chinina, in due casi ove l'arsenico e il mercurio non solo avevano dato risultati negativi, ma sembrava che aggravassero le lesioni, hanno ottenuto dei miglioramenti assai rimarchevoli. Tzank con il « Sigmuth », Emery e Morin con il tartrobismutato, Ehlers con il iodobismutato di chinino nelle lesioni renali luetiche hanno ottenuto dei risultati incontestabili.

Nella cura della *sifilide oculare* Amat ha trovato assai efficace il « Trepol » e il « Neotrepol ». Nella terapia oculare antisifilitica tutti i rimedi sono stati studiati e solamente il mercurio e il ioduro avevano resistito alla critica. Nelle lesioni oculari i preparati arsenicali debbono essere adoperati con grande cautela e sono addirittura controindicati nelle lesioni del nervo ottico e del fondo. Benchè la cura mista mercurio-arsenico abbia dato buoni risultati, questi sono discutibili nelle paralisi oculari, nella cheratite interstiziale e nelle atrofie del nervo ottico. Amat con il bismuto ha curato casi di cheratite interstiziale, irite con ipertensione, coroidite, corioretinite, atrofia post-neuritica della papilla con efficacia notevole. Pasini ha trovato molto attivo il « Trepol » in due casi di irite specifica e uno di iridociclite. Amat ritiene che il bismuto sia il rimedio più indicato nella terapia antisifilitica oculare, perchè inoffensivo e di rapida e sicura efficacia, specie, se accompagnato da ioduro.

Maynet e Sevin riportano un caso di forma anomala di *sifilide epatica* che simulava una cirrosi ipertrofica biliare con ittero, crisi dolorose, dimagramento rapido, che, sottoposto a cura bismutica migliorò rapidamente. Lortat-Jacob su due casi di cirrosi sifilitica del fegato ha ottenuto, in uno, dei risultati sensibili con diminuzione di volume dell'organo, mentre nell'altro i risultati furono quasi nulli, ma si trattava di un caso di cirrosi mista, sifilitica e alcoolica.

Anche nel *diabete*, in relazione alla sua patogenesi specifica, è stato provato il bismuto. Bory riferisce un caso di guarigione, Monier-Vinard riporta un altro caso con notevole miglioramento. Invece Brin e Legrain in un luetico da due anni, nel corso del trattamento bismutico hanno constatato l'insorgenza di una glicosuria apprezzabile. Nei riguardi del diabete le osservazioni sono ancora troppo scarse per essere in condizione di esprimere un giudizio.

Emery e Morin hanno osservato in un ammalato affetto da *ulcera gastrica* in seguito ad una cura di idrossido di bismuto, notevole miglioramento. Questo fatto è in relazione con quello che pensano molti clinici, che sovente l'ulcera gastrica possa essere di natura sifilitica, spiegandosi in tal modo gli effetti favorevoli osservati qualche volta nella somministrazione del bismuto per os nei gastro-pazienti (Tissier). Recentemente Quagliotti riferisce un caso di ulcera gastrica guarito col trattamento bismutico.

Dove però la bismutoterapia ha ottenuto i successi più importanti e dimostrativi è certamente in tutte le *manifestazioni resistenti al mercurio e all'arsenico*. Numerosi casi sono stati riportati da Fournier e Guénot, Truffi, Milian, Graeve, Define, Sicard, Müller, De Favento, Gilbert, Radaeli, Felke, Voehl, Nin Posadas, Louste, Thibaut e Barbier, ecc..., in cui la resistenza all'arsenico e al mercurio si era manifestata sia con l'inefficacia di questi sulle manifestazioni luetiche, sia producendosi delle recidive.

Anche in casi di intolleranza all'arsenico e al mercurio la sua azione si è dimostrata notevole e di tollerabilità perfetta.

TOSSICITÀ E MECCANISMO DI AZIONE DEL BISMUTO.

Sono stati eseguiti da Pomaret e Didry degli studi sperimentali notevoli comparativi sul potere spirillicida e sulla tossicità tra il mercurio e il bismuto. Questi autori hanno constatato che i sali solubili di bismuto sono due volte meno tossici per il cane e cinque volte per i polli, che i sali solubili di mercurio e che l'attività spirillicida è considerevolmente più elevata specie per i sali solubili di fronte agli insolubili.

Ritz negli animali ha trovato che la dose tossica per alcuni preparati di bismuto somministrati per via intramuscolare è 20 volte superiore a quella terapeutica. Prater in un ammalato in cui iniettò per tre giorni una dose 10 volte superiore a quella normale, non ebbe occasione di osservare manifestazioni tossiche importanti, ma solamente una stomatite ed una albuminuria subito migliorate. Questi fatti mostrano la scarsa tossicità del bismuto.

Il meccanismo d'azione spirillicida è alquanto complesso. Felke in una soluzione all'1:10000 di bismuto in siero vide che le spirochete si conservavano mobili e vitali.

A questo riguardo sono importantissimi i recenti studi di Levaditi e Nicolau, i cui risultati sarà utile riportare un po' diffusamente, perchè possono, all'infuori del bismuto, aprire la via a nuovi indirizzi nel campo terapeutico.

Il Levaditi e Nicolau hanno osservato che i sali di bismuto, incapaci di distruggere in vitro i tripanosomi, divengono fortemente parassiticidi quando si mettono in presenza di un estratto epatico fresco o di un frammento di fegato alla temperatura di 37°. Si forma così un derivato bismutico nuovo che gli autori chiamano « Bismoxyl ». Hanno visto che il polmone, cervello, reni, capsule surrenali, ovaia, milza, timo, muscoli agiscono ugualmente; mentre il sangue defibrinato, le emazie e il siero sanguigno sono incapaci di trasformare i sali bismutici in bismoxyl. Esiste dunque nei diversi estratti di organi una sostanza trasformatrice che agendo sui derivati bismutici e sul bismuto metallico dà origine al bismoxyl. Gli autori hanno chiamato questa sostanza « bismogene »; è una sostanza organica colloidale che agisce per le sue proprietà riduttrici. Le proprietà parassiticide del bismoxyl sembrano intimamente legate ai colloidi. Il bismoxyl è sensibile al calore e perde le sue proprietà parassiticide tra gli 80°-100°; resiste invece alla dissecazione. Il composto colloido-bismuto, è entro certi limiti, tanto più attivo, in quanto prende origine da un eccesso di bismuto. Tutto fa supporre che il bismoxyl sia un derivato alla cui composizione entrino da un lato il bismuto, dall'altra un complesso colloidale fiocculato di natura proteica. Il bismoxyl deve essere considerato come una vera tossialbumina bismutica termolabile. Gli autori ritengono che vi sia un gran vantaggio nel somministrare il composto già preparato in luogo di obbligare l'organismo stesso di elaborarlo a spese del sale bismutico iniettato. Questo concetto ha portato Fournier, Guenot, Schwartz e Yovanovitch a studiare sull'uomo gli effetti terapeutici del bismoxyl in tutti i periodi della sifilide. Questi autori hanno tratto numerosi luetici con bismoxyl-fegato, bismoxyl-cervello preparati da Levaditi e Nicolau. In alcuni casi hanno impiegato un composto bismuto-nucleina che non agisce in vitro sui tripanosomi e sugli spirilli. Sembra che i risultati siano stati molto soddisfacenti nella sifilide primaria, secondaria e specialmente sulla negatività della R. W. Però hanno dato luogo ad alcuni inconvenienti, come reazioni locali dolorose, reazione generale febbrile più o meno intensa secondo la preparazione, fenomeni violenti di choc, diminuzione di peso, eruzioni eritematose e orticaria. Anche il composto bismuto-nucleina, si è mostrato egualmente attivo nelle lesioni primarie e secondarie. I risultati sono troppo scarsi e recenti perchè si possa dare un giudizio su questi nuovi preparati che sono ancora allo studio. Il nuovo metodo terapeutico può essere studiato e applicato a molti altri corpi metallici e metalloidi.

(Continua).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sopra un caso di ascesso cerebrale traumatico.

Dott. Nicola Sassone.

Ritengo utile ed opportuno illustrare il seguente caso di ascesso cerebrale, che ho avuto agio di osservare esercitando in questa condotta rurale.

L. Alianelli, di anni 40, cappellaio, da Guardia Perticara. Non aveva sofferto malattie d'importanza nell'infanzia e nella giovinezza; niente nel gentilizio: i genitori erano morti per malattie comuni, tre sorelle vivono in florida salute; non era fumatore, nè bevitore; di costituzione abbastanza obesa, che lo fece esonerare dal servizio militare nella recente guerra. Si preoccupava molto della sua salute e perciò mi consultava anche per piccole sofferenze; da qualche anno accusava astenia, cardiopalmo e spesso vertigini nell'atto di rialzarsi dalla posizione ricurva; all'ascoltazione del cuore il 2° tono era notevolmente accentuato sul focolaio aortico, con timbro metallico; il battito della punta era nel 5° spazio sinistro, sull'emiclaveare, ed alquanto diffuso; nel ritmo, giudicando anche dal polso delle radiali, si notavano delle irregolarità, come pulsazioni affrettate (aritmie per extrasistoli); le pareti vasali accessibili erano alquanto indurite ma non proprio ateromatose. Nell'urina abbondanza di acido urico. Con una intensa cura iodica, praticata per os e per via ipodermica, e con adatta igiene, il paziente si era rimesso completamente. Nel settembre u. s. contrasse l'infezione malarica, che riuscì a troncare rapidamente.

La sera del 23 ottobre 1924 riportò in rissa tre ferite di coltello alla metà sinistra del capo, e propriamente una alla regione temporale, sita 2 cm. in avanti ed in alto del padiglione dell'orecchio, lunga 2 cm., diretta dall'alto in basso e da dietro in avanti; la seconda alla bozza frontale; la terza nel mezzo della regione masseterina. Dalla 1ª ferita, per recisione del ramo frontale dell'arteria temporale superficiale, il paziente perdè molto sangue nei quindici minuti, che gli occorsero per recarsi, dopo il ferimento, prima a casa sua e poi al mio studio. Due pinze, sterilizzate alla fiamma, vinsero subito l'emorragia; provvidi subito alla rasura dei capelli, alla detersione e disinfezione delle ferite con alcool e tintura di iodio; le due prime ferite erano profonde sino all'osso, sul quale non avvertii scabrezze, nè dislivelli; la terza interessava il massetere. Iniziai la sutura con seta asettica Hartmann-Guarneri, ma dovetti sospenderla perchè il paziente si sentì male ed il polso infatti era divenuto aritmico e vuoto; una iniezione di olio canforato permise a me di completare il piccolo intervento ed al paziente di ritornare a casa senza aiuto. Nei giorni seguenti l'Alianelli non ebbe febbre, nè altri disturbi; passeggiava in camera, discorreva con gli amici e si nutriva regolarmente; tolsi i punti di sutura la mattina del 26; l'adesione dei margini delle ferite era perfetta e con la pressione esercitata in corrispondenza delle suture non fuoriuscì alcuna secrezione. La mattina del 28, mentre credevo di poter rimuovere definitivamente la fasciatura, la regione temporale era un po' edematosa e, con la pressione, dall'estremo inferiore della ferita uscì una goccia di pus; riaprii la ferita e disinfettai energicamente. Alle ore 13, preceduta da brivido, insorse febbre alta a 40°, che durante la notte rimise con abbondante sudore; il 29 non vi fu accesso febbrile, che invece si ripetè il 30 alla stessa ora, pure preceduto dal brivido e finito col sudore.

Da tre giorni in corrispondenza della ferita alla regione masseterina s'era formata una tumefazione quanto un uovo di piccione; non v'era rossore nè edema cutaneo, si avvertiva netta la fluttuazione; incisi e venne fuori discreta quantità di saliva, lievemente tinta di sangue; il deflusso della saliva dall'orificio orale del dotto di Stenone sinistro escludeva la recisione di esso; era stata invece ferita la parotide accessoria, ossia il prolungamento masseterino della glandola.

Gli accessi febbrili non si ripeterono più; nelle medicature il drenaggio della ferita temporale si trovava appena intriso di pus. Le condizioni dell'infermo intanto peggiorarono; con l'appetito diminuirono le forze; il paziente preferiva di stare a letto, era melanconico, taciturno, poco espansivo con me, spesso irritabile con i familiari; non accusava alcuna sofferenza, era solo preoccupato della guarigione che credeva lontana; rispondeva a monosillabi e sembrava che pensasse a qualche cosa d'indefinito, lo sguardo era triste ed inespressivo; il colorito delle mucose visibili era pallido, il polso debole, vuoto, ritmico, con 70-75 pulsazioni; sul cuore lieve soffio sistolico su tutti i focolai; la sensibilità tattile, termica e dolorifica era normale, senza disturbi vasomotori o secretivi; normali i movimenti della lingua e dei bulbi oculari, le pupille uguali e reagenti alla luce ed all'accomodazione; normali il gusto, l'olfatto e l'udito; normali i riflessi cremasterico ed addominale, lievemente accentuati il rotuleo e l'achilleo, assente il clono del piede ed il segno di Babinski; non vi era atassia, vomito, nè convulsioni; la percussione del cranio non era dolorosa, solo in prossimità della ferita temporale procurava un fastidio analogo a quello dato dalla medicatura.

A mano a mano comparvero disturbi della memoria e dell'ideazione, poi lieve disartria. Nella notte sul 14 novembre le condizioni improvvisamente si aggravarono: temperatura 36.5, polso debolissimo, intermittente, con 60 pulsazioni, afasia, miosi bilaterale; assenza di rigidità nucale e del segno di Kernig; mercè eccitanti cardiaci e ripetute enteroclisi, che vuotarono l'alvo di abbondante materiale, verso sera ritornò la coscienza; la notte il paziente riposò e l'indomani fu in grado di recarsi al focolare ove rimase per circa due ore seduto ed assopito; nel ricondurlo a letto i familiari si accorsero che trascinava la gamba destra; la sera: temperatura 36.5, polso debole, intermittente, con 60 pulsazioni, afasia completa, paralisi dell'arto inferiore e paresi e contratture dell'arto superiore del lato destro, miosi, reazione pupillare abolita, coma.

Essendo manifesti i sintomi da focolaio feci chiamare un chirurgo, il quale intervenne il 17 novembre: sollevato il lembo cutaneo-muscolare, si vide sulla squama del temporale, in corrispondenza della ferita delle parti molli, una fenditura lineare, nerastra, lunga 15 mm., obliqua dal-

l'alto al basso e da dietro in avanti; colla sgorbia fu allargata la fenditura, creando una breccia ossea ovalare, lunga 2 cm., larga 1 cm.; la dura madre, di colorito rosso-scuro, era pulsante; bastò premerla lievemente con una sonda per dare esito a grande quantità di pus rossastro, fluido, fetidissimo; suturò parzialmente il lembo muscolo-cutaneo e drenò con garza; dopo un'ora l'atto operativo era terminato. La sera: temperatura 37.5, polso aritmico, debole, con 90 battiti; l'indomani erano scomparse l'afasia e la paralisi. Per 4 giorni consecutivi non vi fu febbre, sul materiale di medicatura si trovava poco pus, ed anche le strisce di garza, che s'introducevano per detergere il cavo ascessuale, fuoriuscivano intrise soltanto di sangue; i fenomeni di confusione mentale erano quasi scomparsi; vi era però afasia amnesica e parafasia; l'infermo era in grado di leggere; invitato a scrivere la sua firma, pensò un istante, poi pronunziò e scrisse il nome, ma non ricordò il cognome, che scrisse rapidamente dopo che io l'ebbi pronunziato; vi erano lievi segni di disfagia e tremore della mano destra; l'emotività era esagerata ed il facile pianto era spastico; il 5° giorno la temperatura salì a 38.5 e ricomparve la disartria; l'indomani, appena tolto il drenaggio, venne fuori pus abbondante e fetido; il 7° giorno la temperatura era a 36.5, la disartria era scomparsa e dal cavo ascessuale non fuoriuscì pus; il 3 dicembre di nuovo disartria e febbre a 38; il 4 fuoriuscita di altro pus, febbre a 40°, afasia completa, coma, polso frequente e ritmico, paralisi dell'arto inferiore e paresi del superiore di destra; nella notte sul 6 si ebbe la morte.

Reperto necroscopico. — La dura madre conservava il suo colorito grigio perlaceo, la sua lucentezza e levigatezza; solo in corrispondenza del terzo medio delle due prime circonvoluzioni temporali e della parietale inferiore sinistra era di colorito rosso-scuro ed aveva contratta forte aderenza colle sottostanti meningi e col cervello; i seni erano normali e così pure gli spazi subaracnoidei e la pia madre, che si distaccò facilmente, tranne in corrispondenza della suddetta aderenza della dura; le arterie cerebrali in generale collabivano, tranne alcuni tronchi più grossi, ch'erano beanti; la consistenza del tessuto nervoso era diminuita in toto; addirittura rammollito il lobo temporale e parte anteriore dell'occipitale, ch'erano di colorito giallastro; edematosi il girus sopramarginalis e l'angularis. Nel terzo medio della prima circonvoluzione temporale sinistra esisteva ancora il drenaggio di garza; la lesione della circonvol. trovavasi mezzo cm. indietro ed in alto della ferita ossea; un taglio verticale praticato in corrispondenza del drenaggio rivelò una cavità ascessuale della grandezza di una noce, nello spessore del lobo temporale, delimitata da pareti relativamente spesse e quella anteriore, irregolare ed anfrattuosa, presentava delle granulazioni di colorito nerastro. Con altri tagli verticali si scoprì l'esistenza di una seconda cavità ascessuale, ovoidale, della grandezza di un piccolo uovo di gallina, delimitata da una membrana fibrosa e resistente e disposta nella sostanza bianca obliquamente da dietro in avanti e da fuori in dentro; il polo anteriore sorpassava di poco il livello del taglio frontale del Pitres; il polo posteriore distava un centimetro dalla parete anteriore della 1ª cavità ascessuale e presentava un piccolo foro, da cui fuoriusciva pus fetido, il quale per uno stretto canale, esistente nella sostanza bianca, poteva passare nella 1ª cavità. La seconda cavità ascessuale descritta si potè facilmente enucleare, come una cisti. Nel ventricolo laterale v'era pus; altri piccoli focolai purulenti erano disseminati nel lobo occipitale; i gangli cerebrali erano edematosi. Macroscopicamente normali tutte le altre circonvoluzioni di entrambi gli emisferi, e così pure il 3° e 4° ventricolo, il ponte, il bulbo ed il cervelletto, il midollo spinale ed il liquor, e tutti gli altri organi del cavo toraco-addominale.

Quali considerazioni emergono dallo studio di questo caso clinico?

Confesso subito che nei referti inviati al magistrato misi in rilievo che nell'Alianelli vi erano sintomi manifesti di nevrosi traumatica.

Era plausibile tale diagnosi?

È noto che per insorgere detta malattia occorre un trauma fisico e psichico in un soggetto predisposto, il quale sia, come dice Pierre Janet, ad abbassata tensione psicologica; i predisposti sono ipocondriaci, paurosi, preoccupati molto della integrità somatica; in essi basta anche soltanto la minaccia del trauma, il semplice pericolo, perchè insorgano svariate sindromi, fino alle chiare psicopatie.

Il D'Abundo, nella guerra italo-turca, potè osservare 50 soldati affetti da psicopatie, mentre di essi uno soltanto era stato ferito; io stesso durante l'ultima guerra ho visto parecchi casi di nevrosi insorte nella furia di violenti combattimenti in giovani robusti, che pure non presentavano una scalfittura.

L'Alianelli, che era appunto un predisposto per il suo temperamento ipocondriaco, poco espansivo, egocentrico, suggestivo, e per la preoccupazione esagerata della sua salute, aveva effettivamente subito un trauma psichico e fisico, quest'ultimo reso più impressionante dalla profusa emorragia.

Qual'è la sintomatologia della nevrosi traumatica?

Il Tanzi così la descrive: « quel particolare insieme di depressione malinconica con preoccupazioni ipocondriache, di faticabilità sensoriale e psichica, d'irritabilità emotiva, di difetto evocativo con integrità dei ricordi, che si accompagna ad una particolare espressione mimica, ad insonnia, a sogni terrifici ».

Tali psicopatici hanno lo sguardo poco agile, imbambolato; i lineamenti cascanti; alle volte vi sono parestesie, iperalgesie, algie, paralisi o paresi, contratture, tremore, miasfenie, esagerazione dei riflessi, disturbi gastro-intestinali, concentrazione del pensiero sulla malattia in atto e sua causa.

Il diario ci dice che, nei primi 15 giorni con-

secutivi al ferimento, nell'Alianelli si ebbe appunto e soltanto il quadro clinico della nevrosi traumatica.

Le lesioni traumatiche interessanti le ossa craniche possono produrre processi flogistici, la cui gravità si manifesta dopo un periodo di latenza più o meno lungo, che varia da alcune settimane a parecchi mesi; tale tardiva manifestazione era nota anche agli antichi, che ammonirono essere le fratture del cranio non esenti da pericolo fino a 100 giorni dopo la ferita, e che perciò occorre vigilare con pazienza l'infermo (Paré).

Tutti gli autori ammettono concordemente che d'ordinario gli ascessi cerebrali si esplicano con sintomi netti, generali e da focolaio.

Il Bergmann li distingue in 3 gruppi: 1° sintomi dipendenti dal processo suppurativo (febbre, alterazione dello stato generale); 2° sintomi dipendenti dall'aumentata pressione endocranica (cefalea, ch'è maggiore di sera e può essere provocata dalla percussione; vomito, indipendente dai pasti; polso raro, vertigini, sonnolenza, stupore); 3° sintomi locali d'irritazione o di paralisi in rapporto con la sede dell'ascesso.

Il Cumston, il quale distingue sei forme cliniche di ascesso cerebrale (classica, tifoide, meningea, latente, remittente, ed una sesta analoga al tumore cerebrale), così descrive il decorso della forma classica: « improvvisa febbre alta preceduta da brivido, cefalea, dolori alla schiena, lieve rigidità nucale, talora il segno di Kernig, disturbi vasomotori; polso e respiro normali. Dopo una diecina di giorni si ha remissione febbrile, per incapsulamento del pus, però la temperatura non torna mai alla norma; poi improvvisamente il paziente cade in coma letale per svuotamento del pus nelle meningi o nei ventricoli ».

D'altra parte la letteratura abbonda di casi di suppurazioni cerebrali decorse senza alcuna sintomatologia; può mancare la febbre, specie negli ascessi cronici ed in quelli profondi che assumono un decorso lento, ed il prof. Durante lo spiegava con la poca sensibilità degli elementi nervosi e della nevroglia alle tossine dei piogeni; talora ampi ascessi decorrono silenziosi fino allo scoppio rapido ed improvviso della sindrome mortale; talora vi sono vaghi segni di compressione; talora manca la febbre anche quando vi è coma, polso raro, vomito; viceversa insorge febbre alta nel periodo preagonico ed agonico, il polso diviene frequente e l'infermo muore sotto alta temperatura. Ciò si verificò appunto nel nostro infermo, in cui non vi furono sintomi di lesioni del contenuto cranico nè subito dopo la ferita, nè nei giorni seguenti; non vi fu commozione cerebrale immediata, nè consecutivi segni di aumentata pressione per emorragia. Nel quinto e settimo giorno dopo il trauma vi furono sì due accessi febbrili isolati, che io giudicai malarici, perchè riproducevano il tipo terzanario dell'infezione sofferta nel settembre; poi dominarono la scena soltanto i disturbi psichici, i quali non potevano bastare ad un medico condotto per proporre l'invito di un chirurgo, anche per la considerazione della non lieve spesa cui andava incontro la famiglia. Proposi pertanto l'intervento chirurgico quando i sintomi da focolaio indicarono che c'era compressione sul centro di Broca, sulla frontale ascendente e sul lobo frontale; e, se il sito della breccia ossea non fosse stato imposto al chirurgo dalla preesistente lesione alla regione temporale, egli avrebbe dovuto praticarla in corrispondenza dei centri suddetti, dove peraltro non avrebbe trovato una goccia di pus!

Tanto emerge dal sorprendente reperto necroscopico, il quale dimostra ancora una volta quanto sia difficile la semeiotica cerebrale.

Dalla necroscopia possiamo dedurre che il colpo di coltello, tirato dal basso in alto e davanti in dietro, ferì l'osso, le meningi e la prima circonvoluzione temporale nel terzo medio; ivi si ebbe in primo tempo una piccola emorragia nello spessore della corteccia cerebrale, dove i microbi piogeni furono trasportati direttamente dall'arma feritrice, giacchè il primo accesso febbrile, indice della iniziata encefalite, coincise perfettamente con la comparsa della modicissima suppurazione esterna; l'emorragia si ebbe per lesione di qualche piccolo vaso meningeo, giacchè l'incisione della sostanza cerebrale non produce emorragia; e, data la sua piccola entità, non si manifestò con segni di compressione, giacchè, come ha dimostrato il Laurenti, il cervello tollera la compressione esercitata persino con 3-4 cmc. di pasta di Beck. Si ebbe quindi rammollimento e poi fusione purulenta della zona di parenchima colpito; tale focolaio rimase circoscritto e silenzioso perchè si formò subito l'aderenza protettiva tra le meningi e la corteccia cerebrale intorno alla ferita e si iniziò rapidamente l'incapsulamento e la delimitazione del pus dal tessuto nervoso circostante per mezzo di tessuto di granulazione. Perciò non vi fu meningite purulenta e fu minimo l'assorbimento di prodotti tossici. Dal primitivo focolaio superficiale la suppurazione si diffuse nello spessore della sostanza bianca del lobo temporo-sfenoidale e si formò un secondo focolaio più vasto, che s'incapsulò pure rapidamente, ma rimase comunicante col primo. Il tessuto nervoso ha speciale proprietà d'incapsulare processi infiammatori e neoplastici (ascessi cronici, sarcomi e conglomerati tubercolari) mediante un addensamento della sostanza nervosa in tessuto quasi cicatrizia-

le, impermeabile ai germi ed alle tossine; secondo il Meyer la prima barriera di delimitazione in alcuni casi era già formata al nono giorno e la capsula era completa dopo sei settimane; in questo caso occorse ancora minor tempo.

Nel paziente non vi furono disturbi dell'udito nonostante la vasta lesione del relativo centro sinistro; ciò prova che il centro dell'udito è rappresentato in eguale misura nei due emisferi e che le lesioni di un solo lato non danno disturbi notevoli del senso.

Anche le lesioni del *girus angularis* e del *sopra marginalis* non si manifestarono, come d'ordinario, con sintomi di cecità verbale e di difetto nella funzione di afferrare gli oggetti, devoluta alle braccia; però l'Alianelli presentò un disturbo di tale funzione, perchè mentre per es. poteva prendere una brocca piena d'acqua, non era capace di tenere con la mano la forchetta.

Ma perchè vi fu afasia motoria, paralisi e paresi negli arti di destra, manifestatesi in via transitoria, se il centro di Broca e la frontale ascendente di sinistra erano normali?

E' ben nota la teoria del Pierre Marie, secondo la quale il centro di Broca non avrebbe alcuna importanza nella genesi dell'afasia motoria, per la quale invece occorre la lesione della zona di Wernicke e del cubo quadrilatero, il quale abbraccia l'insula, la capsula estrema, l'antimuro, il nucleo caudato, il lenticolare ed i tre quarti anteriori del talamo ottico. La lesione della zona lenticolare produce disartria o anartria, mentre la lesione della prima circonvoluzione temporale produce l'afasia sensoriale di Wernicke, nella quale gl'infermi possono parlare, quantunque in maniera parafasica.

Nel caso descritto dal dott. Besta la lesione dei due segmenti interni del *globus pallidus* aveva prodotto afasia motrice; nei tre casi di pseudoparalisi bulbare descritti dal Ross la lesione del *globus pallidus* si era esplicata con disartria e disfagia; anche il Mingazzini ha dimostrato che alla lesione del nucleo lenticolare sinistro segue disartria; altrettanto dicono i lavori del Ferrarini e Paoli, del Galassi, del Collier e Buzzard. Il Walsche dice che la degenerazione progressiva del nucleo lenticolare produce tremore e rigidità, disartria e disfagia, riso e pianto spastico ed un lieve grado di demenza. Anche il Parenti ha dimostrato che la lesione del corpo striato produce riso e pianto spastico, i quali secondo il Franceschi sono dovuti a lesioni di fibre psico-talamiche decorrenti attraverso il *putamen*.

Nell'Alianelli la lesione della zona di Wernicke poteva produrre l'afasia motoria per azione a distanza sul centro motore del linguaggio, col quale è anatomicamente collegata? In altri termini possiamo invocare la diaschisi del Monakow? Ovvero la dottrina inglese di Byron, Bramwel e Bastian, secondo la quale il centro di Broca è subordinato alla zona sensoriale verbo-acustica? No, perchè l'afasia fu soltanto transitoria.

Dobbiamo invece fermare la nostra attenzione sulla situazione e conformazione del secondo focolaio purulento incistato e comunicante per uno stretto tramite coll'altro primitivo e superficiale; nel lobo temporale s'era formata una cavità ascessuale a forma di clepsidra, in cui la tensione andò gradatamente aumentando finchè il polo anteriore della cisti esercitò crescente compressione sui gangli cerebrali e poi anche sulla capsula interna; tale compressione si manifestò successivamente con la disartria, disfagia, pianto spastico, tremore, afasia motoria, paralisi e paresi controlaterale; fuoriuscito il pus, mercè l'intervento chirurgico, scomparvero con la compressione tutti i suddetti sintomi. Nel decorso postoperatorio alle alternative di ipertensione e di ipotensione della cisti, e quindi di compressione e decompressione del *putamen* e del *globus pallidus*, corrisposero alternative di comparsa e scomparsa della disartria, disfagia e tremore; rimasero solo costanti la afasia amnesica e la parafasia a testimoniare la lesione della zona verbo-acustica.

La morte si ebbe per lo svuotamento del pus nel ventricolo laterale.

I gravi disturbi psichici potrebbero confermare che la sede delle funzioni psichiche non risiede nei lobi frontali, come sostengono Bianchi, Durante e Tamburrini, ma nella zona posteriore del Flécksig (Luciani, Goltz, Munch), la quale in questo caso risentiva l'azione irritativa del vicino ascesso.

***

Dal punto di vista terapeutico devo aggiungere che in questo caso la ferita dell'osso, nonostante la specillazione, non fu diagnosticata; ma, anche se l'avessi rilevata, non sarei stato autorizzato ad allargare la fenditura lineare, perchè l'emorragia era cessata completamente, non vi era avvallamento osseo e tanto meno fenomeni cerebrali.

Anche il Lejars consiglia in tali casi di attendere l'insorgere di fenomeni generali o locali; nel nostro infermo i primi mancarono o per lo meno furono incerti; quelli locali furono tardivi, ma, appena insorti, fu praticata l'operazione.

La moderna tecnica chirurgica degli ascessi cerebrali impone: 1° una breccia ossea tanto ampia da permettere di vedere e toccare la sostanza cerebrale; 2° di allargare la ferita della dura ma-

dre e del tessuto nervoso per introdurre un dito nel cavo ascessuale, onde assicurarsi che non vi siano diverticoli secondari. Sono appunto questi che spesso passano inosservati e frustrano l'opera del chirurgo; è perciò che molte volte, mentre si è sicuri di aver salvato un infermo, sotto l'ombra del successo si nasconde la sorpresa e la delusione.

Nel nostro paziente la breccia ossea bastò solo a vuotare il cavo purulento, ma non poteva assicurare il drenaggio, che del resto non si sarebbe ottenuto nemmeno con una breccia più ampia, data l'esistenza del diverticolo profondo inaggredibile.

Nel cervello le pareti del cavo ascessuale, specie nella posizione orizzontale, stanno strettamente addossate tra di loro, ed il pus, trovandosi sotto pressione, tende a farsi strada in varia direzione nel poco resistente tessuto nervoso; si formano così dei diverticoli profondi, che non si riescono a medicare, nè a drenare. A causa di tale difficoltà, la preferenza data dai vari operatori, per il drenaggio, alla garza, ai tubi, alle strisce di guttaperca, ha una importanza relativa.

Bisogna tener presente la raccomandazione del Bárány, di eseguire le medicature tenendo seduto il paziente, perchè in tale posizione vengono a divaricarsi le pareti dell'ascesso.

Il Whiting di New York, per le medicature di tali ascessi, ideò l'encefaloscopio, formato come uno speculum cilindrico, il quale permette d'ispezionare le pareti del cavo ascessuale e di praticare i lavaggi, che, senza di tale istrumento, sono pericolosi perchè fatti alla cieca; l'apparecchio può essere illuminato mediante uno specchio frontale o con lampadine elettriche speciali; l'estremità di esso divarica delicatamente le pareti dell'ascesso e si può vedere se vi sono recessi profondi, angoli morti ove ristagna il pus. Anche il nostro Gradenigo raccomanda tale istrumento.

In quanto alle soluzioni adoperate per lavaggi, oltre la soluzione fisiologica sterile, ricorderò che il Santoro D'Emidio usò quella di collargolo 1 % e zaffò poi con iodoformio, senza inconvenienti; possiamo quindi in chirurgia cerebrale usare le stesse sostanze antiflogistiche, che adoperiamo negli altri organi.

Concludendo, ritengo importante il caso descritto per il decorso vago e silenzioso, quantunque si trattasse di ascesso acuto; per la rara conformazione del cavo ascessuale; per il contributo che può portare nella dibattuta questione dell'afasia e sui disturbi causati da lesioni dei gangli cerebrali.

Guardia Perticara (Potenza), dicembre 1924.

BIBLIOGRAFIA.

STRUMPELL. *Patologia medica.*
DURANTE. *Patologia chirurgica.*
TANZI. *Malattie mentali.*
MINGAZZINI. *Anatomia dei centri nervosi.*
L. BIANCHI. *Psichiatria.*
LEJARS. *Chirurgia d'urgenza.*
TILLAUX. *Anatomia topografica e chirurgia clin.*
TESTUT. *Anatomia del sistema nervoso.*
AIEVOLI. *Diagnostica chirurgica.*
GOGGIA. *Quesiti di clinica medica.*
BONOMO. *Traumatologia di guerra.*
BOSCHI. *Nevrosi traumatica.*
WHITING. Intern. Journal, New York, 1903.
D. MARAGLIANO. La Liguria med., 1912.
C. BESTA. Morgagni, 1907.
SANTORO D'EMIDIO. Morgagni, 1915.
BARANY. Münchener med. Wochenschrift, 1915.
MIGLIUCCI. *Le afasie*, 1914-1916.
ROTHMANN. Berliner Klin. Wochenschrift, 1915.
BERGMANN. *Trattato di chirurgia.*
LUCIANI. *Fisiologia.*
CUMSTON. New York med. Journal, 1919
T. LUCRI. Policlinico, 1921.
F. WALSCHE. Médical Science, 1924.
T. LAURENTI. Policlinico, 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. LUIGI MANFREDI.

Influenza dei succhi di vegetali freschi (vitamine vegetali) sullo sviluppo batterico.

Nota preventiva

del dott. F. TALLO, aiuto e libero docente.

È oggetto di vivo interesse scientifico e pratico da parte degli studiosi, la questione relativa ai rapporti che intercedono tra batteri e vitamine, sia riguardo alla origine di quest'ultime sostanze direttamente da quelli per sintesi, sia per ciò che concerne la loro influenza sullo sviluppo dei germi, specialmente di quelli appartenenti al gruppo degli emofili.

Circa quest'ultima influenza, si è studiato da molti autori (Klinger, Davis, Pacini e Wright Russel, Lloyd, Lloyd e Cole, Tinti, ecc.), l'effetto che ha l'aggiunta delle vitamine dei tessuti e liquidi organici agli ordinari terreni nutritivi sullo sviluppo di quei microrganismi, che si mostrano maggiormente restii alla vita saprofitica (gonococco, meningococco, b. dell'influenza, streptococco, b. della difterite, ecc.), e quasi tutti sono ormai proclivi ad ammettere che dette sostanze, oltre che favorirne notevolmente il sollecito e rigoglioso sviluppo fuori dell'organismo, si rendono utili anche per facilitare il loro isolamento dai prodotti patologici.

Ma, mentre le ricerche sul riguardo si riferiscono finora principalmente alle vitamine contenute

nei tessuti e nei liquidi organici animali, poco invece è detto nella letteratura per le vitamine contenute nei vegetali, quasi nulla soprattutto in relazione allo impiego dei succhi di vegetali freschi addizionati agli ordinari terreni di coltura.

Circa l'impiego di quest'ultimi, sono registrate solo le recenti ricerche di Leichtentritt e Zielaskowiski, relative al succo di limone, e quelle di Tinti fatte col succo di carote e di limone con risultati molto favorevoli.

Data quindi la grande importanza dell'argomento, per suggerimento e sotto la guida del prof. Manfredi, mi è sembrato non privo di qualche interesse pratico l'eseguire al riguardo numerose ricerche comparative, obbiettivo delle quali fu appunto di studiare l'influenza che sono in grado di spiegare sullo sviluppo di svariati germi, le vitamine di speciali succhi vegetali non solo freschi ma anche sottoposti all'azione del calore, sotto forma di calore umido, come il mezzo più comunemente adoperato in batteriologia per ottenere la sterilizzazione dei terreni di coltura.

Inoltre, a differenza delle ricerche dei precedenti autori, le mie ricerche hanno avuto di mira non la sola influenza delle vitamine in genere sullo sviluppo dei germi, ma anche quella delle singole vitamine o di più vitamine insieme rispetto allo stesso germe.

Conformemente a questi diversi scopi ho adoperato come vitamine vegetali:

1) *succo di limone* che contiene la vitamina C;

2) *succo di piselli freschi*, che contiene la vitamina B e in piccola quantità forse anche A e C;

3) *olio di arachide appena estratto*, che contiene la sola vitamina A.

Questi diversi succhi vegetali venivano addizionati in proporzioni variabili, all'agar comune dopo averlo fluidificato.

Circa le modalità di tecnica seguite per l'estrazione con rigorosa asepsi di questi diversi succhi, per la preparazione dei rispettivi terreni nutritivi e il modo come questi venivano assoggettati all'azione del calore, esse saranno dettagliatamente descritte in una successiva nota appena ultimate le ricerche in corso.

I microrganismi da sottoporre alla prova, furono scelti fra quelli che non si adattano alle contingenze colturali comuni, ma richiedono speciali terreni nutritivi, senza dei quali non è possibile nè l'isolamento nè l'attecchimento di essi in colture vitali fuori dell'organismo umano.

Inoltre, per la maggiore validità ed esattezza delle esperienze, in tale scelta si è creduto opportuno di comprendere germi isolati da qualche giorno tutto al più dall'organismo e qualcuno proveniente direttamente da prodotti patologici. Furono pertanto presi in esame i seguenti: un ceppo di gonococco isolato direttamente dal secreto uretrale prelevato da un ammalato dell'ambulatorio della Clinica dermo-sifilopatica; un ceppo di meningococco di Weichselbaum isolato da 48 ore dal liquido cerebro-spinale e coltivato in agar-sangue; un ceppo di streptococco isolato da tre giorni dal sangue di un ammalato e coltivato in terreno all'uovo; un ceppo di b. dell'influenza isolato da tre giorni e coltivato in agar sangue; un ceppo di b. della difterite isolato da tre giorni dalla pseudomembrana di un bambino affetto da difterite e coltivato in terreno all'uovo.

Meno il primo di questi materiali, tutti gli altri mi furono gentilmente forniti dal dott. Leone, addetto al laboratorio batteriologico della R. Clinica Pediatrica di Palermo.

I detti germi innestati sull'agar ordinario non si sviluppavano affatto.

Gli innesti nei terreni nutritivi addizionati con succhi vegetali, venivano sempre accompagnati per ogni germe e per ogni tipo di vitamina da altri di controllo, fatti rispettivamente in agar comune e nei terreni nutritivi adottati comunemente come *elettivi* per ciascun germe sperimentato.

In tutti i casi, i terreni insemenzati erano lasciati in termostato per 72 ore e l'apprezzamento dello sviluppo veniva fatto sistematicamente dopo 6, 12, 48, 72 ore.

Dalle numerose prove colturali eseguite comparativamente a parità di condizioni di tempo e di temperatura è risultato: che l'agar comune, in seguito all'aggiunta dei liquidi vitaminati sopra detti, diventa un terreno adatto all'attecchimento dei germi sperimentati, e che questi possono avervi uno sviluppo ancora più sollecito e più rigoglioso di quello che si abbia negli stessi substrati così detti *elettivi*, presi come controlli. Il maggiore o minore effetto dipende, a seconda del germe, dalla qualità e in parte anche dalla quantità della vitamina aggiunta.

Tale sviluppo, per alcune specie batteriche, sembra inoltre che sia più rigoglioso nei terreni nutritivi contenenti più qualità di vitamine rispetto a quelli che ne contengono una sola.

Queste differenze di sviluppo, relative al tipo di vitamina aggiunta all'agar ordinario, appariscono specialmente quando detti substrati nutritivi vengono sottoposti all'azione di diverse temperature.

Da questi risultati si rileva dunque il notevole potere catalizzatore che certi succhi vegetali manifestano, in ragione delle vitamine che essi contengono, nei riguardi della crescenza dei batteri,

e come tale potere apparisca eguale e perfino superiore a quello generalmente riconosciuto per alcuni liquidi e tessuti animali freschi.

A differenza inoltre dei terreni nutitrivi addizionati con quest'ultimi, quelli preparati con succhi di vegetali freschi offrono praticamente anche il vantaggio di conservare la loro limpidezza e trasparenza.

Le numerose ricerche in corso, in parte già espletate, mi daranno occasione di precisare ancora meglio la importanza che le vitamine vegetali, quali sostanze utili per la vitalità dei germi possono avere nella pratica batteriologica in rapporto alla loro applicazione, sia per l'isolamento più rapido che per la coltivazione più rigogliosa dai prodotti patologici, di quei germi patogeni che sono difficilmente isolabili e coltivabili fuori dell'organismo.

SUNTI E RASSEGNE.

INFEZIONI.

Sulla patogenesi del colera.

(P. SDRODOWSKI e E. BRENN. *Centralbl. f. Bakter.*, Orig., 18 feb. 1925).

Gli AA. hanno controllato le ricerche di Sanarelli sulla patogenesi del colera, rivolgendo sovratutto l'attenzione alla « sindrome algida ». Hanno confermato pienamente i risultati dell'autore italiano e li hanno estesi.

Ci limiteremo a riferire i dati principali delle loro ricerche, eseguite sui conigli.

In primo luogo hanno accertato l'*enterotropismo* dei vibrioni colerigeni. Siano vivi od uccisi, siano introdotti nelle vene o nel peritoneo, questi raggiungono da tergo l'intestino, vi si scaricano e vi determinano un'infezione o una lesione di varia intensità, che però non ha nulla di paragonabile — come ha rilevato Sanarelli — col colera umano.

Hanno riconosciuto che la « sindrome algida », tanto caratteristica del colera umano, è un'infezione iperacuta *da colibacilli*, mobilizzati dai vibrioni. Hanno riprodotto quest'infezione esplosiva, introducendo nelle vene una dose subletale di vibrioni e poi una dose indifferente di colitossina (brodoculture di *Bact. coli* filtrate): è questa una tecnica che gli AA. designano quale « metodo di Sanarelli ».

Ammettono con Sanarelli che si tratti di una riattivazione di focolai latenti di colibacilli.

Descrivono le alterazioni anatomo-patologiche che accompagnano il quadro morboso sperimentale così prodotto; esse corrispondono alla descrizione datane da Sanarelli, salvo che a volte gli AA. hanno trovato copioso l'essudato peritoneale. Accolgono anche la concezione di Sanarelli sulla natura anafilattica della sindrome, in quanto questa ha molti caratteri dello *shock* anafilattico: comparsa improvvisa, ipotermia, ipotensione vascolare, asfissia, linfopenia seguita da leucocitosi, accessi di crampi, ecc. Accettano la designazione di *epitallassi*, proposta dal Sanarelli, in quanto v'è caduta di tutti gli epiteli; ma introducono anche la designazione di « *fenomeno di Sanarelli* ».

Non si pronunziano in modo decisivo sull'identificazione di questo fenomeno con la sindrome algida del colera umano, ma stimano che l'identità sia molto probabile.

Hanno introdotto anche qualche variante nella tecnica dell'autore italiano.

Una delle varianti consistette nel valersi unicamente di colitossina per preparare gli animali e per scatenare la sindrome. Dunque il fenomeno non è strettamente legato ai vibrioni colerigeni. In ciò gli AA. concordano col Sanarelli, il quale ha insistito nel rilevare che l'algidismo è un sintoma caratteristico ma non specifico del colera umano. Secondo gli AA., i loro risultati si conformano pienamente a questa concezione, che avvicina la sindrome algida ad altre manifestazioni cliniche a forma esplosiva e di natura non specifica, come il *cholera nostras* e l'appendicite.

Sanarelli trova che in tutte le sindromi di cui è parola possono essere mobilizzati, oltre ai colibacilli, anche streptococchi, stafilococchi, bacilli protei, ecc. Gli AA. non hanno sperimentato con questi altri germi, ma non dubitano che possano sostituire i coli, quali « microbes de sortie », scatenanti l'accesso di epitallassi.

Le alterazioni anatomo-patologiche riscontrate, dopo aver introdotto qualche variante, corrisposero sempre a quelle descritte dal Sanarelli, salvo nei reni, ove a volte esse sono risultate miti; per altro gli AA. osservano che anche nelle ricerche di Sanarelli le alterazioni renali non sempre erano fortissime.

Pur inoculando vibrioni vivi, gli AA. non li hanno sempre ritrovati nel contenuto intestinale, allorchè le manifestazioni morbose assumevano un andamento subacuto; in ciò essi confermano i reperti del Sanarelli.

Gli AA. hanno tentato *d'immunizzare contro il fenomeno di Sanarelli*, iniettando ripetutamente la colitossina od i vaccini colerici. Sono riusciti a conferire un'immunità relativa, cioè a far tollerare dosi 2-4 volte superiori a quelle che uccidevano gli animali di controllo preparati alla Sanarelli. Credono che questi tentativi d'immunizzazione vadano proseguiti. L. V.

Vaccinazione anticolerica per via orale.

(S. KLÜCHIN e G. VIGODTSCHIKOFF. *Centralblat f. Bakter.*, Orig., 20 gen. 1925).

Gli AA. hanno assoggettato a controllo sperimentale il metodo di vaccinazione proposto da Besredka, cioè per la via orale e previa somministrazione di bile.

Hanno sperimentato nei conigli, con colture di colera su agar.

Dapprima hanno indagato l'azione delle colture e della bile separatamente. È risultato che le colture uccise, da sole, non sono in grado di vaccinare, neppure a dosi enormi: 75 colture non hanno destato un potere agglutinante apprezzabile e non hanno conferito aumento manifesto di resistenza.

Anche i vibrioni vivi sono stati tollerati in dosi altissime (fino a 21 colture), senza provocare immunità. Forzando le dosi, le colture viventi uccidono, ma solo perchè mobilizzano i colibacilli.

Se, invece, i vibrioni sono introdotti per via parenterale, anche in dosi incomparabilmente minori (½-1 coltura di 24 ore sotto cute), si scaricano nell'intestino e determinano un'enterocolite più o meno grave: è l'*enterotropismo* messo in piena luce da Besredka e da Sanarelli (1).

La bile si è dimostrata dannosa *di per sè*: essa determina diarrea e a volte anche la morte. Anch'essa mobilizza i colibacilli.

Il trattamento preliminare di Besredka dunque è tutt'altro che innocuo.

Dopo somministrazione di bile, i vibrioni uccisi si sono dimostrati ancora pochissimo attivi nell'immunizzare gli animali: difatti si richiedevano quantità di colture incirca 400 volte superiori a quelle che bastavano per via ipodermica, secondo il procedimento di Kolle.

I vibrioni viventi sono stati più attivi: si richiedevano quantità solo 30 volte superiori. Ma qualora si consideri che, in media, i germi vivi sono 10 volte più efficaci di quelli uccisi nel provocare l'immunizzazione, se ne deduce che quella quantità equivale, effettivamente, a una dose 300 volte superiore.

D'altronde nell'uomo non è il caso di parlare di vaccinazione *per os* con i vibrioni vivi del colera!

Tutto considerato, gli AA. concludono che il metodo di Besredka *non ha alcun valore pratico*.

Se per mezzo di dosi alte gli AA. vincevano la resistenza dei conigli trattati per via orale e di quelli trattati per via ipodermica, notavano che i disturbi intestinali erano meno gravi nei primi anzichè nei secondi. Ne deducono che la vaccinazione per via orale conferisce una resistenza locale.

L. V.

(1) Notiamo che le ricerche di Sanarelli precedettero quelle di Besredka: cfr. *C. R. Soc. Biol.*, 9 febbraio 1924.

VIE DIGERENTI.

Ulcera e carcinoma dello stomaco.

(Dott. V. ORATOR. *Wien. Klin. Woch.*, n. 16).

Siccome la mucosa gastrica subisce *post mortem* delle alterazioni prima di tutti gli altri tessuti, non è da meravigliarsi se dalle ricerche di Heyrovsky in poi sono così frequenti i contributi, specie dal punto di vista chirurgico, sulla patologia dello stomaco. Dai risultati del nostro lavoro di quattro anni, da centinaia di preparati si riscontrarono insieme a 110 casi di ulceri e 30 di carcinomi le più svariate affezioni gastriche. Lo studio di queste varie affezioni e le personali esperienze sullo stomaco « normale » evitano il pericolo di un giudizio parziale su di una singola forma morbosa. E qui è da osservare che l'espressione « normale » va intesa sotto due punti di vista affatto diversi: da una parte nel senso di « sano-normale » (eccezionale anche nei così detti morti a stomaco sano) e dall'altra di « relativamente normale », per la quale sorgono poi delle difficoltà riguardo alla precisa distinzione fra la gastrite e lo stato fisiologico.

Per quanto riguarda le conseguenze degli stimoli o dei processi infiammatori dobbiamo ricordare anche la frequenza dei traumi, che spesso danno luogo a gastriti acute. Da tale eccitabilità della mucosa, anche a stomaco sano, prendono origine quei processi, che conducono alla gastrite, per caratterizzare la quale bastano i seguenti tre punti:

1) aumentata infiltrazione cellulare ed essudazione siero-mucosa, spesso con erosioni;

2) proliferazione profonda con alterazioni catarrali dell'epitelio dei follicoli;

3) riduzione e scomparsa della zona glandolare.

Volendo a grandi tratti dare un quadro dell'ulcera e del carcinoma gastrico, occorre riferirsi alla gastrite, la quale dal punto di vista clinico-chirurgico ha oggi una triplice importanza: per l'*ulcus rotundum pepticum*, per i casi a sintomi meno tipici, nei quali all'operazione non si ritrova l'ulcera, e per la gastrite cronica infine, che è senza dubbio una affezione precancerosa. Le gastriti quindi hanno la più grande importanza, secondo i risultati dei miei studi, e possono esser distinte in due forme: la prima, caratterizzata dalle modificazioni gastriche della

porzione pilorica, si è riscontrata principalmente nei seguenti tre gruppi di malattie: 1) nella ulcera gastrica (ulcus ventr., ulcus duoden., ulcus pepticum jejuni); 2) nella ptosi od in altri disturbi di motilità dello stomaco; 3) nei tumori benigni e dal punto di vista morfologico si potrebbe chiamare « gastrite pilorica », dal punto di vista funzionale « gastrite motoria ».

La seconda forma è caratteristica perchè occupa nella sua totalità tutta la superficie gastrica, è universale e rappresenta la più classica atrofia della mucosa; questa forma si è riscontrata nei tumori maligni (carcinomi, linfosarcomi e sarcomi), nelle infezioni specifiche (p. e., tbc.) ed in alcune intossicazioni (elmintiasi).

Questi due gruppi di gastriti non rappresentano forme nettamente distinte, perchè ci sono quelle intermedie o miste. Ben distinte per le alterazioni della mucosa sono l'ulcera ed il carcinoma.

Questi due tipi di gastriti si riscontrano anche in altre malattie dello stomaco e non sono esclusive dell'ulcera e del carcinoma.

Anche nella gastrite dell'ulcera gastrica esistono delle complicanze e possono distinguersi: 1) una vera *gastritis ulcera* di Nauwerks; 2) una gastrite pilorica cronica raramente progressiva, 3) quelle esarcebazioni dovute a stasi, errori dietetici, eccessi di lavoro, raffreddamenti, ecc. Nelle molteplici mie esperienze non mi è riuscito di poter trovare una ragione a sostegno della teoria neurogena dell'ulcera. Secondo le mie esperienze si possono ritenere come fondamentali i seguenti punti: la accennata gastrite pilorica cronica e la localizzazione dell'ulcera peptica sopra l'angolo o dietro il piloro, cioè al principio ed alla fine della porzione muscolare più sviluppata. *Sembra che la turbata motilità dello stomaco sia un fattore essenziale della genesi dell'ulcera peptica cronica. Mentre le ulceri acute possono esser dovute a disturbi circolatorii o sorgere sul fondo di una gastrite o finalmente seguire ad una influenza neurogena, per le ulceri peptiche croniche vorrei affermare una « teoria miogena ».*

Quali segni caratteristici di un carcinoma *ex ulcere* possiamo indicare i seguenti:

1) modalità nella sede del carcinoma: *a*) cicatrici callose; *b*) cicatrici muscolari proprie dell'ulcera cronica;

2) lontano dalla sede dell'ulcera notevole indurimento ed ispessimento della sottomucosa e della sottosierosa;

3) le condizioni descritte della mucosa.

Dal controllo statistico anatomo-patologico di circa 700 casi di ulcere e 150 di carcinomi, si possono trarre i seguenti risultati:

delle ulceri gastriche croniche l'8 % subì degenerazione maligna;

dei carcinomi il 10 % od al massimo il 15 % erano *ex ulcere*, mentre il 90 % provenivano da un'originaria gastrite diffusa (gastr. precancerosa).

In ogni carcinoma, nella sua genesi, è da riconoscere sempre uno dei seguenti fattori:

1) una disposizione generale;

2) uno stimolo cronico;

3) una disposizione locale, per la quale ricordiamo i dati seguenti:

a) che la massima parte dei carcinomi ha origine prepilorica;

b) che l'ulcera prepilorica è quella che più frequentemente degenera;

c) che la degenerazione maligna si inizia in quella parte marginale dell'ulcera, che confina con la mucosa pilorica;

d) che la reazione marginale sembra più attiva nella mucosa pilorica e più scarsa nei rimanenti punti della mucosa;

e) che frequentemente la mucosa gastro pilorica confina con quella del fondo quasi normale.

Tutti questi dati dimostrano la notevole eccitabilità della mucosa pilorica, la grande attività plastica e la tendenza ai processi ulcerativi. ed è in questa particolarità appunto della mucosa pilorica che noi dobbiamo riconoscere la disposizione locale alla produzione del carcinoma ed è così segnata anche la via per la cura dell'intervento chirurgico profilattico della gastrite precancerosa, che potremo forse un giorno imparare a diagnosticare.

DE CHIARA.

Il problema dell'ulcera-cancro dal punto di vista radiologico.

(SCHWARZ. *Wiener klinische Wochenschrift*, n. 18, 30 aprile 1925).

L'A. si pone il problema se in casi in cui esistono i sintomi clinici e radiologici netti e bene evidenti di ulcera gastrica peptica, possa sussistere un carcinoma, se tale evenienza sia frequente, e se vi siano dati per ammettere che certune localizzazioni di ulcera siano sospette o predispongano alla formazione successiva di un cancro. Egli passa a descrivere 3 casi in cui sia clinicamente, sia radiologicamente, sia infine al tavolo operatorio vi erano segni chiari di ulcera callosa della piccola curvatura (dolori, ipercloridria, nicchia di Haudek). Solo l'esame istologico potè dimostrare in 2 di essi la presenza di un cancro; in 1 caso cellule carcinomatose non furono riscontrate nel preparato dell'ulcera escissa, ma il paziente morì poco dopo per metastasi epatiche.

L'A. richiama l'attenzione sul fatto che in certi casi anche il sintoma nicchia può essere segno di cancro (carcinoma perforato) e che qualche volta la nicchia si trova in mezzo a difetti di riempimento che debbono mettere sull'avviso. Inoltre il sintoma radiologico « antrospasmo » che ha portato a tante diagnosi errate di ulcera e ad operazioni inutili, può d'altra parte essere il segno precoce di un cancro (in 1 caso citato dall'autore). Tutto ciò vale a dimostrare, se non la possibilità di trasformazione dell'ulcera in cancro, la possibilità di localizzazioni cancerose nella sede di un'ulcera.

Quanto alla frequenza dell'ulcera cancro le opinioni sono discordi e accanto a statistiche abbastanza elevate, esistono statistiche piuttosto basse, forse in rapporto alle condizioni sociali degli ammalati e perciò alla maggiore o minore precocità dell'intervento.

Sembra che l'ulcera-cancro sia più frequente negli uomini che nelle donne. Quanto alla localizzazione, si può ammettere, secondo l'A., che la sede di predilezione sia la regione prepilorica, mentre solo raramente le ulceri della piccola curvatura a sede più alta, come del resto le ulceri duodenali e digiunali, danno luogo alla localizzazione di un cancro.

LAPENNA.

Una linea di condotta nella ematemesi e nella melena acuta.

(J. SHERREN. *The Lancet*, n. 4, 1925).

L'A. premette che considera come acute quelle emorraggie che di per sè stesse richiedono il soccorso del medico. Non tratterà quindi nè delle emorraggie occulte rivelate dall'esame chimico delle feci, nè del vomito di piccoli coaguli di sangue, e nemmeno delle forti quantità di sangue inalterato che passano nelle feci in seguito a polipi semplici o maligni del colon o del retto. Inoltre l'A. si professa incredulo alle ematemesi « senza lesioni » non riuscendo ad immaginare la diapedesi di una forte quantità di sangue attraverso una membrana intatta: i casi di ematemesi che l'operazione fece credere « sine materia » vennero dall'autopsia dimostrati come conseguenza di erosioni della mucosa gastrica o di ulceri acute sfuggite all'occhio del chirurgo.

Ciò premesso, passa a dividere i casi studiati in due grandi categorie:

1) Casi di ematemesi e melena in individui che mai ebbero disturbi a carico dell'apparato digerente. Sono i casi più difficili per la diagnosi e per l'orientamento terapeutico chirurgico;

2) Casi di ematemesi e melena in individui con precedente anamnesi di disturbi digestivi. In questi casi l'emorraggia appare non come fenomeno primario, ma come complicazione, e può di per sè sola condurre a morte il paziente. Si impone quindi il tempestivo intervento.

Alla prima categoria di casi appartengono generalmente individui giovani, per lo più di sesso femminile in cui il fenomeno acuto dell'ematemesi si accompagna generalmente a collasso profondo. In tali casi l'intervento immediato, se è possibile fare diagnosi di ulcera acuta, non è indicato perchè sono molto maggiori i rischi di una esplorazione che quelli di una tempestiva ed energica terapia medica. Inoltre la gastrodigiunostomia non sempre fa cessare l'ematemesi, anzi questa in molti casi tende a ripetersi; allora buona pratica, secondo l'A., è quella di praticare un lavaggio gastrico con acqua calda fortemente alcalinizzata con bicarbonato di sodio a cui può venir aggiunta dell'adrenalina. L'A. è favorevole ad una nutrizione precoce.

Nell'esame del soggetto sarà cura del medico di ricercare tutti i possibili punti di partenza di una qualsiasi infezione: tutti gli apparati ed organi non escluse le tonsille, i denti, il nasofaringe, gli orecchi. Se il focolaio è stato trovato, lo si sottoponga a trattamento locale, si inizi la terapia medica, si regolino gli intestini, avvertendo il paziente che qualora l'ematemesi tendesse a ripetersi con insistenza, è da procedersi all'atto operatorio. Ciò perchè spesso la diagnosi di ulcera acuta è errata e si ha invece a che fare con una ulcera cronica che non ha mai dato alcun disturbo. Tali ulcere croniche silenziose sono assai frequenti, e spesso si riscontrano in individui affetti da tubercolosi polmonare.

Ematemesi improvvise possono verificarsi anche in casi di cirrosi epatica silenziosa; si consiglia in tali casi l'omentopessia. Analogamente, in casi di carcinoma gastrico e di splenomegalia per anemia splenica. Nelle melene improvvise la linea di condotta è pressochè identica: mantenersi in una aspettativa vigile e non precipitare interventi esplorativi e tanto meno gastro-digiunostomie alla cieca, dopo le quali la melena può ripetersi nuovamente.

Nella seconda categoria di casi, in cui una anamnesi di precedenti sofferenze può far fare la diagnosi di ulcera cronica, è raccomandabile il rapido intervento appena lo schock della emorraggia sia scomparso (in genere dopo 36 ore). L'intervento di elezione sarà la cauterizzazione dell'ulcera e la gastro-digiunostomia, ed eventualmente anche la resezione gastrica.

Di grande importanza sono le ematemesi postoperatorie; esse possono manifestarsi dopo una

qualsiasi operazione addominale (appendicite, colecistite, ecc.), e sono da riferirsi ad ulcere acute o con meno probabilità ad ulcere croniche. Generalmente però compaiono dopo operazioni sullo stomaco, e possono distinguersi in precoci e tardive. Le precoci avvengono dopo poche ore dall'intervento e sono dovute a piccole boccucce vasali sfuggite alla legatura, a legature che hanno ceduto, a rapido riassorbimento del catgut. In tali casi occorre quasi sempre intervenire nuovamente. Le ematemesi postoperatorie tardive sono anche esse non infrequenti e l'A. le considera dovute a nuove ulcerazioni formatesi nella regione dell'anastomosi o nel duodeno; talvolta però possono derivare dalla vecchia ulcera, specialmente se prima dell'intervento v'erano state emorraggie.

I casi di emorraggie ripetentesi in individui già stati operati per ematemesi o melene acute, vengono interpretate dall'A. sulla scorta di varii protocolli operatori come esponente di nuove ulcere gastro-duodenali sia croniche che acute, dovute ad infezioni. In tali casi l'A. dà grande importanza etiologica alla iperacidità gastrica non diminuita dalla gastro-digiunostomia. La diminuzione dell'acidità è condizione *sine qua non* per la buona riuscita dell'intervento e per la prognosi futura dell'intervento stesso.

ROCCHI.

SISTEMA SCHELETRICO.

Algie cruro-sciatiche sintomatiche di frattura ignorata del collo del femore.

(H. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX, J. RATHELOT. *Gazette des hôpitaux*, n. 6, gennaio 1925).

Gli Autori riferiscono intorno a due ammalati giunti a breve distanza alla loro osservazione, inviati l'uno per sciatica e l'altro per turbe nevritiche della coscia, nei quali l'esame dettagliato e la radiografia misero in evidenza una frattura ignorata del collo del femore.

1) Pietro P. di anni 60 agricoltore; inviato alla Clinica Neurologica per sciatica sinistra ribelle. Il paziente soffre da lungo tempo di reumatismo cronico poliarticolare. Non lues, non malattie infettive, non intossicazione alcoolica. L'attuale malattia iniziò cinque o sei mesi or sono lentamente, senza ricordo alcuno di precedente traumatismo, con un dolore a livello del piede e della faccia esterna della gamba sinistra. Gradatamente il dolore è risalito indietro sul tragitto dello sciatico. Attualmente la sede del dolore spontaneo è dietro il trocantere sinistro; il dolore è continuo e si acuisce in certi movimenti, con irradazioni nel cavo del poplite.

L'arto inferiore sinistro è in rotazione esterna e presenta accorciamento apparente abbastanza notevole. Motilità passiva: limitazione dolorosa della adduzione ed abduzione della coscia sinistra La flessione della coscia sul bacino a gamba estesa è possibile, ma si accompagna a crepitazione ossea dolorosa nella regione coxo-femorale. La motilità attiva è molto diminuita, il paziente non può sollevare dal piano del letto la gamba in estensione; piega la coscia sul tronco a gamba flessa fino a 45 gradi, ma sente dolore nella regione retrotrocanterica.

All'esame della sensibilità dell'arto inferiore sinistro si riscontrò dolore alla pressione della spina ischiatica e della regione retrotrocanterica, dolore minore alla pressione delle masse muscolari alla gamba, senza punto peroneo speciale. Nulla di notevole nei riflessi. Romberg assente.

Le misure mostrarono una ascensione del trocantere sinistro di un centimetro ed un raccorciamento dell'arto di due centimetri.

Radiografia: frattura del collo del femore sinistro della varietà transcervicale, senza penetrazione di frammenti. I contorni sono netti. Ascensione lieve del frammento diafisario.

2) Giulio P., anni 80, ex ufficiale. Nulla di notevole nell'anamnesi remota. Il 12 maggio 1924 cadde sull'anca sinistra dopo di che fu costretto a stare in letto per circa venti giorni a causa di forti dolori alla parte antero-inferiore della coscia con irradiazioni alla faccia esterna della gamba. Nessun dolore all'anca. Al suo levarsi il malato potè tenersi in piedi a stento e fu costretto a camminare con le stampelle; ora cammina con una sola stampella sotto il braccio destro. I dolori della parte inferiore della coscia persistono malgrado bagni di luce e trattamento elettroterapico. Il malato viene indirizzato ad uno degli Autori con diagnosi di nevrite. Attualmente accusa assenza completa di dolore all'anca nella stazione eretta; un dolore lateralmente dal terzo inferiore della coscia sinistra fino a metà del polpaccio ed un dolore vivissimo alla regione soprarotulea.

L'arto inferiore sinistro appare rotato all'esterno e raccorciato. Il malato solleva perfettamente la gamba fino all'angolo retto e può effettuare tutti i movimenti della coscia meno la rotazione interna. Passivamente la flessione della coscia arriva all'angolo retto, l'adduzione e l'abduzione sono nettamente limitate. La rotazione interna è impossibile come pure l'applicazione completa del tallone contro la coscia. La percussione del trocantere determina un leggero dolore. L'esame della sensibilità rileva una leggera ipoestesia al terzo inferiore della faccia esterna della coscia e

al polpaccio. Non dolore ai punti sciatici; non Lasègue. Radiografia dell'anca sinistra: frattura del collo del femore, varietà basi-cervicale. Penetrazione molto marcata dei frammenti. Frattura parcellare del sopracciglio cotiloideo alla sua parte inferiore.

I due malati in esame presentano dolori l'uno sul tragitto del nervo sciatico, e l'altro del nervo crurale e muscolocutaneo. Essi non hanno provato e non provano ora dolore alcuno all'anca. L'assenza di ogni fattore accidentale nel primo caso, l'impotenza poco accentuata nel secondo non hanno orientato i medici curanti verso la diagnosi di lesione dell'anca. Molte lesioni del collo del femore restano ignorate solo perchè l'attenzione non è attirata su di esse ed i sintomi importanti non sono cercati sistematicamente. Qui il « dolore a distanza » legato alla lesione ossea era un fattore adatto ad indurre in errore.

Le algie localizzate a livello della parte antero-inferiore della coscia e della faccia esterna della gamba nel caso n. 2 non possono spiegarsi con una lesione primitiva dei nervi crurale e muscolo-cutaneo, di cui non c'è alcun segno.

Quanto al dolore della sciatica nel caso 1°, l'ipotesi più probabile è che si tratti di una nevralgia dovuta ad irritazione a livello della regione glutea per frattura spontanea. Le fratture del collo possono in casi eccezionali determinare processi irritativi del crurale e dello sciatico, sia direttamente per spostamento osseo, sia per compressione da parte di ematomi profondi, sia per artrite secca concomitante. Questi dolori a distanza sono di rado segnalati nella letteratura. I soli casi che si avvicinano un poco ai due in questione sono quelli di Sicard et Gastaud; questi Autori nel corso di fratture spontanee del collo del femore segnalano in un caso dolore all'inguine e alla coscia con irradiazioni al ginocchio; un altro dei loro malati era stato indirizzato loro con diagnosi di sciatica.

F. VICENTINI.

Vertebra d'avorio in metastasi cancerosa vertebrale.

(SOUQUES, LAFOURCADE, TERRIS. *Revue néurologique*, gennaio 1925).

Nella malata di 57 anni, della quale riferiscono gli AA., lentamente si era installata una paraplegia con lieve contrattura e clono bilaterale: l'esame del torace mostrava l'esistenza di uno scirro a carico della mammella destra. Con la radioterapia ed una cura di bismuto (la W. R. nel sangue era stata negativa, nel liquor positiva) erasi potuto ottenere un lieve miglioramento. L'interesse del caso era dato dalla radiografia che, ripetuta più volte aveva mostrato l'esistenza della sesta vertebra dorsale non deformata, con contorni regolari, ma di un colore perfettamente bianco sulla negativa, nero completamente sulla positiva, di un tono uniforme spiccante sulle vertebre vicine, con i dischi intervertebrali circostanti normali. Vista di profilo questa vertebra era normale di forma e di volume ma il suo insolito colore era meno uniforme. Poco dopo viene introdotto nello speco del lipiodol: arresto di questo in corrispondenza della quinta vertebra dorsale: l'aspetto della vertebra sesta non varia. L'interpretazione di tale aspetto della vertebra ha imbarazzato non poco gli AA. in quanto mai era stato notato alcunchè di simile. Il rapporto della paraplegia con la sesta vertebra d'avorio, devesi ammettere non in modo diretto ma con l'intermezzo di una pachimeningite obliterante e comprimente il midollo. Per la natura, in presenza di una paraplegia sopravvenuta in donna portatrice di uno scirro, si impone l'idea di una metastasi cancerigna: ma le immagini radioscopiche delle metastasi vertebrali sono del tutto differenti da quella presentata, sia perchè questi cancri sono decalcificanti, sia perchè deformano. A malgrado ciò, gli AA. pensano trattarsi nel caso in ispecie, di una metastasi cancerosa, e che il cancro secondario può alle volte offrire la immagine radioscopica di una vertebra « d'avorio » per eburneazione e sovracalcificazione della vertebra: questo speciale aspetto della vertebra deve prender posto nelle immagini rachidee del cancro metastatico della colonna vertebrale. Non è facile risolvere il problema se lo scirro solo del seno è capace di produrre tale immagine. È da escludere una sifilide, poichè le immagini che questa offre sono molto differenti come pure la « marmoknochen » od « osso di marmo » descritta da Albers-Schönberg, in quanto in questa rara malattia si tratta di un'affezione che colpisce tutto lo scheletro, non un osso solo.

MONTELEONE.

Epifisite dell'accrescimento ed in particolare dell'epifisite vertebrale dolorosa degli adolescenti.

(G. SORREL e A. DELAHAYE. *Presse méd.*, n. 73, 1924).

Il numero dei ragazzi inviati a Berck o all'Ospedale Marino come affetti da Pott e viceversa con epifisite o apofisite dell'accrescimento è tale da richiamare l'attenzione. Nella pratica degli autori le epifisiti vertebrali dolorose dell'adolescenza non sono rare, perchè in 4 anni e mezzo 25 ragazzi o adolescenti affetti da tali lesioni, e creduti portatori di morbo di Pott, si presentarono a lui.

Riportano dettagliatamente tre osservazioni cli-

niche tipiche di tali affezioni. La tabella clinica, come in tutti gli altri casi, è tipicamente la stessa: si tratta di ragazzi o di adolescenti dai 12 ai 18 anni che si lagnano di dolori della regione dorso-lombare, diversi da quelli che si presentano nel morbo di Pott, nel quale frequentemente si hanno irradiazioni a cintura o agli arti inferiori; nelle epifisiti mancano le irradiazioni. La mobilità della colonna vertebrale non è perfetta ma la contrattura dei muscoli delle zone vertebrali non è grandissima. Manca la gibbosità, quantunque si possa avere l'impressione di piccola irregolarità lungo la linea delle apofisi spinose, sulle quali si può destare lieve dolore. Giammai clono del piede o segno di Babinski, ma si può avere accentuazione dei riflessi rotulei ed achillei.

Riassumendo: dolore della regione dorso-lombare, movimenti incompleti della colonna vertebrale, un po' di dolore alla pressione delle apofisi, delle quali qualcuna è rilevata, riflessi rotulei ed achillei un po' forti: a volte durante l'accrescimento dolori a livello delle articolazioni degli arti.

Non febbre. All'esame radiografico a volte si rilevano punti di ossificazione epifisarii anormalmente sviluppati in rapporto all'età.

L'evoluzione è sempre la stessa, e con riposo assoluto in decubito nel letto da ospedale marino i disturbi scompaiono, con elioterapia o se mai in secondo tempo con apparecchio di sostegno di celluloide.

Questi ammalati sono creduti affetti da morbo di Pott; mancano però le lesioni vertebrali caratteristiche. Forse potrebbe riuscire utile l'iniezione epidurale di lipiodol. JURA.

Contributo alla patogenesi della scafoidite tarsica degli adolescenti.

(LECÈNE et MAUCHET. *Journ. de rad. et d'élec.*, 1924).

Questa malattia che va col nome di Köhler che la descrisse nel 1908 mentre ha un quadro clinico e radiologico netto ha una etiologia oscura.

In un ragazzo di 8 anni che presentava una tumefazione dolorosa ad un piede nella regione scafoidea con disturbi nella deambulazione avevano riscontrato radiograficamente un'alterazione limitata al solo scafoide, consistente nell'appiattimento antero-posteriore dell'osso (8 mm. invece di 11) con uno svasamento dell'asse trasversale (22 mm. invece di 18) con contorno deformato, aspetto pomellato, tigrato con macchie dovute a tessuto osseo calcificato molto opaco. Fu praticata l'asportazione e poi l'osso sezionato perpendicolarmente al suo grande asse: nel centro si notò il tessuto spugnoso frammentato specialmente verso l'articolazione astragalica. Il resto dell'osso e la cartilagine erano normali.

Con l'esame istologico si notavano in corrispondenza del tessuto spugnoso grandi spazi midollari e nel centro una zona infiammatoria con necrosi midollare con un grande numero di poli e mononucleati insieme ad un detrito cellulare. Non fu possibile mettere in evidenza batteri. Si trattava quindi di un processo di osteomielite attenuata con formazione di focolai necrotici. I punti di addensamento corrispondevano a calcificazione eccessiva e per la distribuzione irregolare potevano dare l'impressione di una frattura come del resto sono stati interpretati altri casi.

Nella letteratura si ha un solo caso con studio istologico del pezzo dovuto a Behm che crede trattarsi di una necrosi anemica.

Mentre finora la patogenesi era riportata ad anomalie di sviluppo dell'osso la scafoidite tarsica si deve riguardare come una osteomielite attenuata. BRANCATI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

LUIGI BELLUCCI. *Localizzazione dei centri corticali pei movimenti laringei.* Siena, Stabilimento tipografico S. Bernardino, 1924.

Il pregio maggiore del lavoro di Bellucci consiste nell'avere egli, per via sperimentale, risolto alcuni lati del più importante, forse, dei problemi miranti a individuare le localizzazioni nella zona motrice: la ricerca e l'accertamento dell'« area corticale fonatoria », del centro cioè dei movimenti dell'organo vocale.

Sistematicamente, l'A. in una prima parte del suo libro passa in semplice rivista quanto, per ordine di tempo, si pensò e si scrisse circa le zone corticali presiedenti alle funzioni fonatorie e del respiro. Espone in una seconda parte ciò che dalle ricerche personali egli potè ricavare, descrivendo la tecnica scelta e concludendo sulle numerose esperienze di eccitamento e di distruzione delle aree corticali e sui reperti delle degenerazioni secondarie: il tutto accompagnato da dimostrative fotografie, grafiche e riproduzioni di campi microscopici.

Nella terza parte, che riguarda il lato anatomopatologico e clinico della questione, dopo una sintetica, ma completa rassegna delle osservazioni finora note in letteratura, passa al riassunto generale dell'argomento studiato. Leggiamo così che le reazioni muscolari, semplici o complesse (clono), delle corde vocali agli stimoli (chimici ed elettrici) della corteccia sono in diretto rapporto con la durata e l'intensità dell'eccitamento. La stimolazione faradica della sostanza bianca sotto il centro corticale, nello stadio preagonico o appena morto l'animale, provoca reazione glottidea; mentre rimane muto l'eccitamento della zona di

Krause. È dimostrata per la prima volta la possibilità della dissociazione funzionale tra respirazione toracica e adduzione delle corde vocali. Che esista una definita area corticale fonatoria l'A. lo deduce dall'avere ottenuto movimenti semplici e isolati dei vari gruppi muscolari laringei stimolando opportunamente punti diversi della medesima zona corticale specifica. Questa si trova, nel cane e nella scimmia, nella zona facciale sulla seconda circonvoluzione: tipicamente, lo stimolo portato su essa, se influenza la glottide, modifica punto o poco la funzione respiratoria, la quale invece è influenzata dalla stimolazione del centro di Krause. L'A. ha poi trovato che il centro per l'adduzione delle corde vocali è attiguo al centro dei movimenti della lingua, confermando il concetto generale che i movimenti coordinati di destrezza e d'abilità, come appunto quelli della fonazione articolata, dipendono da focolai complessi di impulsi superiori. La rappresentazione corticale per i muscoli della laringe è bilaterale e simmetrica. Sebbene nella maggior parte dei casi l'influsso dell'area corticale fonatoria agisca sinergicamente sulle corde vocali, talvolta l'A. trovò una prevalenza di energia sui muscoli del lato opposto: il che merita di essere chiarito.

La distruzione del centro corticale per i movimenti della laringe induce degenerazioni secondarie costanti nel ginocchio e nell'estremo anteriore del braccio posteriore della capsula interna, presso i nuclei del quarto ventricolo e nella porzione supero-mediale della formazione reticolare del bulbo; incerte o comunque esigui nel midollo spinale. Ma, sebbene i fatti degenerativi siano indubitabili, l'A. non ha mai visto succedere, alla distruzione unilaterale della zona facciale della seconda circonvoluzione, la paralisi laringea, e ciò in virtù appunto dell'azione sinergica di detto centro. In ciò potrebbe ricercarsi il perchè dalle osservazioni cliniche finora raccolte nessun dato di fatto positivo viene a portar luce nel complicato fenomeno. Certo la lesione unilaterale del centro corticale fonatorio non induce mai paralisi delle corde vocali nell'uomo: e qui lo studio del problema è ingarbugliato dal non potersi con le semplici leggi anatomo-fisiologiche, turbate per loro stesse dall'incertezza sulla natura delle cause patogene determinanti le lesioni cerebrali. supplire a quanto l'indagine sperimentale ci permette negli animali. È un ben diverso lavoro che resta a compiere e che, secondo l'A., deve basarsi essenzialmente sulle minime variazioni d'aspetto che la laringe può presentare allorchè uno dei centri corticali per la funzione fonatoria ecceda o difetti nella sua attività, tenendo conto dell'inframmettenza della funzione respiratoria per quanto concerne la glottide e delle influenze compensatrici partenti dai centri sottocorticali, bulbari e cerebellari.

Come risulta all'evidenza, il lavoro di Bellucci assolve meravigliosamente un doppio compito: risolve in maniera inconfutabile e definitiva molti dei vari postulati della questione e nello stesso tempo pone i precisi termini delle ricerche che ancora restano da affrontare. E auguriamo che l'A. stesso, anche per il buon nome della scienza italiana, sia il primo a toccare la difficilissima mèta.

F. AURITI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

PIETRO LEONE. *L'elioterapia e le sue applicazioni cliniche.* 224 pagine, 27 figure in 20 tavole fuori testo. Palermo, Scuola Tipografica del Boccone del Povero, 1925. Lire 20.

Mentre molti sono i libri sulla attinoterapia artificiale, scarse sono le pubblicazioni sulla elioterapia e veramente sentito era il bisogno di diffondere anche in Italia le conoscenze sulla efficacia terapeutica del sole, questo supremo fattore della vita del mondo come giustamente dice il Tricomi nella sua prefazione al libro.

I primi nove capitoli sono una breve esposizione su quanto occorre sapere sulla efficacia dell'elioterapia in genere e sulle questioni di tecnica di applicazione: e si leggono con piacere specialmente i capitoli sulle proprietà curative della luce solare, sulle applicazioni della luce solare nella biologia sperimentale; sulla importanza della pigmentazione nella cura solare, ecc.

Tutte le lesioni tubercolari delle articolazioni e delle ossa sono passate brevemente ma completamente in rassegna e l'A. insiste giustamente sulla tecnica della cura la quale in molti casi può dare resultati davvero insperati; le lesioni e le malattie cutanee, le malattie oculari, le malattie del sistema nervoso, le malattie dell'apparato digerente, le affezioni ginecologiche etc. trovano nel libro il loro posto e non solo lo specialista ma anche il medico pratico trarranno giovamento dalla lettura del libro che non affatica e che raggiunge completamente lo scopo che l'A. si era proposto. E. MILANI.

J. SAIDMANN. *Les rayons ultraviolettes en thérapeutique.* Gaston Doin, éd. Parigi, 580 pagine, 114 figure, 80 spettri fuori testo. Fr. 65.

L'attinoterapia è oggi entrata nella pratica corrente e molte volte il medico si domanda quali sono le indicazioni dei raggi ultravioletti, quando se ne deve consigliare l'impiego, che cosa si può sperare da tali cure, in qual modo i raggi ultravioletti agiscono. Il libro di Saidmann colma evidentemente una tale lacuna.

Il libro si compone di tre parti; di una parte tecnica con la descrizione di 60 lampade ad arco, a vapori di mercurio, ecc., con descrizione dettagliata delle varie parti con schemi numerosi, con le caratteristiche per ciascun apparecchio. La parte fisiologica riguarda l'assorbimento dei raggi attinici, l'effetto fotoelettrico che essi provocano, l'azione chimica e battericida; l'azione sulla pelle, sul sistema nervoso, sugli occhi, sulla circolazione, sugli organi ematopoietici, ecc.

Nella parte terapeutica sono descritte in modo dettagliato le modalità del trattamento: distanza, durata di esposizione, dosi, intervalli fra le sedute, ecc., Le malattie che giustificano il trattamento per mezzo dei raggi attinici formano l'oggetto di 30 capitoli: tutte le più svariate malattie mediche e chirurgiche sono passate così in rassegna mentre capitoli a parte formano le indicazioni della radioterapia nelle malattie dell'infanzia (specie nel rachitismo) e nelle malattie cutanee, ginecologiche, stomatologiche, ecc.

E. MILANI.

Ergebnisse der Medizinischen Strahlenforschung. Vol. I. Lipsia, 1925. Editore Georg Thieme.

A somiglianza degli *Ergebnisse der Chirurgie und Orthopadie*, il Thieme ha iniziato quest'anno la pubblicazione di questi Ergebnisse di Radiologia a cura di Holfelder, Holtusen, Jüngling e Martius. Ai cultori della materia non può sfuggire l'importanza di questo volume che contiene una serie di monografie su alcune delle questioni più importanti e discusse di questa giovane, ma così ampia disciplina. La radiologia infatti si estende in vasti campi limite con tutte le altre branche della medicina, tanto per quello che riguarda la diagnostica come la terapia. E argomenti che rientrano in questi campi come pure argomenti strettamente tecnici vengono trattati in questo volume. Ricordiamo il lavoro sulla atrofia ossea di Friedl e Schinz, quello di Lorey sulla tubercolosi miliare, quello di Kurtzahn sulla Rontgen- e Radiumterapia del cancro dell'esofago che ci sono parsi specialmente importanti. Veramente meritevole è il lavoro dei compilatori delle varie monografie, poichè essi hanno raccolto e criticamente ordinato in un tutto organico la grande quantità di materiale spezzettata e sparsa qua e là, non solo nei giornali di medicina e chirurgia generale e in quelli di radiologia, ma anche in giornali di specialità e in quelli di fisica pura. Si capisce come questi Ergebnisse siano utili a chiunque si occupi di medicina. L'edizione è molto bella in carta patinata con 451 illustrazioni per la maggior parte riproduzioni di radiogrammi resi con una nitidezza e precisione ammirevole.

M. A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 aprile 1925.
Presidenza del Vice-Presidente PROF. A. BIGNAMI.

Commemorazione del prof. GHILARDUCCI.

Il prof. MINGAZZINI ricorda la vita di scienziato e di uomo del prof. GHILARDUCCI, ne illustra l'attività feconda e la ferma integrità del carattere. Il PRESIDENTE ringrazia il socio prof. MINGAZZINI e si associa a nome dell'Accademia alle nobili parole verso l'uomo di fede e di scienza.

Risultati di taluni recenti metodi di cura della malaria.

Il prof. V. ASCOLI dopo aver rivolto un memore saluto al nome del prof. GAGLIO, da poco immaturamente scomparso, passa in rassegna l'azione della cinconina, del neosalvarsan, dei raggi X e della smalarina. Ricorda i vantaggi della cinconina, alcaloide che può essere paragonato alla chinina per la efficacia; in base alla esperienza diretta riferisce i resultati scarsi ottenuti col neosalvarsan, e negativi dati dai raggi X e dalla smalarina.

Chiede la parola il socio prof. GOSIO a proposito dei risultati ottenuti coi raggi X, per ricordare che l'effetto muta nei vari soggetti: su 12 bambini cachettici in 3 si ebbe scomparsa del tumore di milza; riconosce però che ciò non equivale a guarigione.

Risponde il prof. V. ASCOLI che l'effetto sulla milza malarica, da tempo riconosciuto, è in rapporto con lo stato anatomico e quindi differente nei vari soggetti; ricorda che i raggi X sono da considerare come buoni mobilizzatori del parassita malarico.

Sopra l'uso degli alcaloidi complessivi della corteccia di China nella cura delle febbri malariche.

Il prof. BIGNAMI ricordando analogie con gli alcaloidi dell'oppio (morfina, narcotina), esprime l'opinione che gli alcaloidi della chinina possano essere di reciproca attivazione. Ricordando l'antica esperienza dell'uso della corteccia di china in toto, vorrebbe che fossero sperimentati gli alcaloidi globali della corteccia di china.

I chinacei grezzi nella cura della malaria.

Sulle stesse direttive si associa al desiderio del Bignami il prof. GOSIO, insistendo, per di più, sulle ragioni economiche che militano in favore dell'uso dei chinacei grezzi: tra questi cita il chineto e lo offre in esperimento. Propone il seguente ordine del giorno:

« L'Accademia medica di Roma, udite le comunicazioni dei proff. Bignami e Gosio, fa voti affinchè le autorità sanitarie promuovano un largo controllo sull'efficacia terapeutica dei chinacei grezzi nell'interesse della lotta antimalarica ».

L'ordine del giorno è approvato, dopo alcune osservazioni del prof. SANARELLI, il quale pensa che

esso viene a buon punto per essere accolto dalle autorità, data la insufficiente produzione mondiale e il rincaro della chinina.

Il prof. ASCOLI si associa all'ordine del giorno e propone un'aggiunta a favore della cinconina.

Il prof. SANARELLI vorrebbe divisi i due ordini del giorno perchè mentre sui chinacei grezzi si chiede l'esperimento e il controllo, sulla cinconina esiste già l'esperienza favorevole.

Il prof. ASCOLI propone quindi il seguente ordine del giorno:

« L'Accademia medica di Roma, dopo la documentata relazione del prof. Ascoli, fa voti che la cinconina entri nella farmacopea, come sostanza di riconosciuta efficacia contro la malaria ». È approvato.

Osservazioni sulla cura preventiva chininica della malaria durante la guerra.

Il prof. DIONISI riferisce i risultati ottenuti durante la guerra con la cura chininica preventiva quotidiana della malaria, cura diretta allo scopo di impedire che gli infetti divenissero malati. È venuto alla conclusione che quando altre misure non si possono adottare, il sistema di cura preventivo deve essere consigliato, sebbene senza troppi entusiasmi: la cura preventiva condotta con rigore può prevenire la malattia non l'infezione.

Il prof. SANARELLI ricordando la storia della profilassi chininica conclude associandosi al DIONISI nel riconoscere che questa non può essere l'unico metodo di lotta.

Il prof. FICACCI è lieto del consenso sulla utilità della chinina, e riconosce il bisogno sentito che si faccia sentire alta la voce, perchè la popolazione malarizzata è disorientata circa la cura.

Il prof. ASCOLI d'accordo sullo scarso valore della profilassi della malattia, tiene a far rilevare che diverso valore mantiene la profilassi chininica delle recidive.

Il prof. ARCANGELI riferisce degli scarsi risultati avuti col tartaro stibiato e col salvarsan, rimedi che non possono sostituire la chinina.

La chinina nella malaria così detta resistente e nella profilassi delle recidive.

Il prof. PONTANO ricorda i due punti fondamentali, per i quali la malaria non è rapidamente vinta dalla cura chininica: la chininoresistenza, la recidività. Analizza il fenomeno della chininoresistenza acquisita e conclude in base a dati sperimentali che aumentando la dose di chinina o somministrandola per via differente si ha ragione della resistenza. Contro la recidività di cui ricorda la patogenesi, la cura chininica ha ragione, come la cura specifica nelle altre malattie protozoarie, se usata a forti dosi, con intermittenza, con costanza.

Il prof. ARCANGELI si associa alle conclusioni del Pontano e vorrebbe che nelle infezioni recenti fosse saggiato l'alto potere sterilizzante della chinina per via intravenosa. È fautore delle dosi forti per via boccale.

Il prof. GIULIO GALLI, riconoscendo giuste le osservazioni del Pontano, aggiunge che in casi eccezionali si trovano vere resistenze ad alte dosi di chinina, ma nota che tali eccezioni sono comuni ad altre malattie contro cui si hanno rimedi specifici e non possono infirmare l'efficacia della chinina.

Il prof. DIONISI prospetta la convenienza di un o. d. g. che riconfermi l'efficacia sovrana della chinina nella cura della malaria; ma il prof. SANARELLI si oppone, perchè stima superfluo difendere la chinina, contro l'offensiva di alcuni produttori di specifici. Il prof. FICACCI vorrebbe che fossero messi in guardia i medici delle campagne, spesso corrivi nell'accettare i rimedi nuovi.

E. GROSSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 26 aprile 1925.
Presidenza: prof. R. STANZIALE, vice-presidente.

La grafica del cervello in rapporto alla farmacologia sperimentale.

Prof. C. COLUCCI. Data la già nota sensibilità della grafica cerebrale per l'azione di sostanze medicinali (Mosso) l'O. approfitta del caso di un trapanato esente da convulsioni e paralisi, per sperimentare l'azione di alcune sostanze nervine, e si limita qui ad una considerazione generica e d'insieme relativa all'etere, luminale, ergotina, teobromina, stricnina, adrenalina, linfoganglina. Vi è nelle grafiche il controllo del polso cerebrale e del respiro. Tutte le indicate sostanze, somministrate per via orale e per iniezione, rivelano immediata influenza specie di indole vasomotoria. Per la interpretazione della diversa azione, la semeiotica del polso non si può restringere alla indicazione di vasocostrizione o vasodilatazione, ma anche da questo lato i movimenti del cervello devono considerarsi in rapporto ad un maggior numero di fattori. L'azione primaria delle diverse sostanze è per lo più diversa, segue una fase reattiva che è per lo più iperemica. L'azione sul polso radiale d'ordinario è più monotona e duratura. Conclude che si tratta di una sperimentazione che può dare in farmacologia sperimentale un contributo assai notevole.

L'autosieroterapia nel tracoma.

Prof. A. ANGELUCCI. Il tracoma è un flagello sociale perchè colpisce già nella tenera età e può progredire fino alla distruzione dell'occhio. Facili le ulcerazioni della cornea e le infiltrazioni leucocitarie acute durante il processo. Ora il prof. Angelucci ha constatato che in queste basta iniettare sotto cute per due o tre volte, ogni due giorni, uno o due cc. di siero dello stesso tracomatoso perchè la forma passi a celerissima guarigione e la cornea resti trasparente. Anche lo stato generale migliora rapidamente e del pari rapidamente cessano le sofferenze locali. Invece la massa tracomatosa proliferata risente lentamente il beneficio. Si calcola in media che da 25 a 30 iniezioni di siero siano sufficienti a conseguire la guarigione che si ottiene in tre o quattro mesi. La cura può essere ambulatoria.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sul pseudo-coma diabetico.

H. Strauss (*Medizinische Klinik*, n. 11, 1925) riferisce su cinque casi di individui diabetici venuti a morte con una sindrome di coma che, creduto all'inizio di natura diabetica, venne in seguito riconosciuto di origine diversa.

Si trattava di pazienti di età superiore ai 50 anni che nel decorso di poche ore erano caduti in preda ad un obnubilamento del sensorio, e quindi in un vero e proprio coma. Non erano rilevabili al primo esame obbiettivo sintomi di paralisi o di contratture. Nel decorso della malattia però, un caso presentò paralisi facciale, un secondo caso paralisi dell'arto superiore d., un terzo caso una emiplegia tipica. Tutti i pazienti osservati erano diabetici da lunga data, ed al momento del coma avevano una glicosuria del 0,5-4 %. In un caso erano riscontrabili tracce di acetone; in tre casi, tracce di albumina. Non cilindri del coma. In quattro casi v'era ipertensione (160-260 mm. Hg.). In due casi comparve respiro di Cheyne-Stokes. Tutti i casi vennero a morte in pochi giorni.

In tutti i casi la diagnosi fu di trombosi atero sclerotica di arterie cerebrali irroranti sia zone motrici, sia zone mute.

La diagnosi differenziale tra il coma tossico diabetico e il coma aterosclerotico in soggetto diabetico, si basa essenzialmente sulla assenza del respiro di Kussmaul, sulla assenza dei sintomi di ipotonia bulbare, sulla mancanza di acetonuria (a rigor di termini però, anche in un diabetico acetonurico può sopravvenire un coma aterosclerotico). La diagnosi si basa inoltre sulla comparsa di fenomeni paralitici e di alterazioni dei riflessi. L'ipertensione, sempre presente, non ha molto valore perchè si verifica anche nel coma diabetico vero. Di notevole valore è la conoscenza della anamnesi che rivelerà come il paziente soffra da molti anni di diabete mantenutosi sempre di decorso molto mite.

In un soggetto diabetico, aterosclerotico, in coma, può sempre, però, prospettarsi la diagnosi del coma uremico originato da una sclerosi renale avanzata che ha condotto ad uno stato di insufficienza renale.

Di grandissima importanza è in tal caso la determinazione dell'azoto residuo nel sangue. L'A. nella sua lunga pratica ha notato come i diabetici che muoiono per lesioni aterosclerotiche, muoiono in genere più per insufficienza cardiaca, apoplessia, trombosi, che per uremia vera.

ROCCHI.

L'ossaluria.

L'ossalato di calcio è un costituente normale dell'urina, con cui se ne espellono 15-20 mg. nelle 24 ore; una quantità superiore ai 30 mg. può essere considerata come patologica, sebbene non provochi alcun sintomo. La solubilità dell'ossalato di calcio nell'urina è minima e dipende in gran parte dalla reazione, in quanto che nell'urina alcalina o poco acida se ne scioglie soltanto una quantità minima ed il resto passa in forma di cristalli.

Molte sostanze possono produrre nell'organismo dell'acido ossalico; gli idrati di carbonio, le proteine, le nucleoproteine ed anche i grassi. Oltre a ciò, l'acido ossalico è presente in molti alimenti e specialmente negli spinaci, nelle fragole, nel rabarbaro, nelle barbabietole, nel cacao, nel tè. Più solubile che l'ossalato di calcio è quello di magnesio, da ciò il consiglio di somministrare dei sali di magnesio nella dieta degli ossalurici.

Poco note sono le manifestazioni chirurgiche dell'ossaluria. B. Rawling (rif. in *Lancet*, 28 marzo 1925) ha osservato un paziente che venne improvvisamente colto da dolori e da distensione dell'addome, vomiti, costipazione completa. Tutti i fenomeni indicavano la probabilità di un'ostruzione e si procedette alla laparatomia, ma con risultati negativi. Nessun miglioramento nel giorno successivo, sicchè si pensava di già ad una seconda laparatomia esplorativa, quando il paziente incominciò ad emettere dei gas ed un clistere ebbe un effetto benefico. L'urina si riscontrò sanguinolenta, nubecolare e carica di cristalli di ossalato di calcio; più tardi il paziente emise un piccolo calcolo. I tratti principali di questa osservazione, come di un'altra analoga consistono in ciò che il paziente si era sempre sentito bene fino al manifestarsi dell'ostruzione acuta.

Vi sono poi numerosi esempî di pazienti che vanno soggetti a disturbi intestinali cronici che dipendono dalla stessa causa; si tratta di individui che vengono designati pittorescamente come « ventosi » e che soffrono di attacchi ripetentisi di dolori addominali con distensione di solito però non molto forti tanto che non viene richiesto il consiglio del medico. La causa può essere attribuita a disturbi reflessi del simpatico che si dirama all'intestino ed ai reni. L'esistenza di queste manifestazioni addominali deve richiamare l'attenzione sull'urina, tanto più che l'esame di tali pazienti porta alla convinzione che non può trattarsi di ostruzione intestinale.

Ma vi sono anche fenomeni urinarii che pos-

sono essere messi in rapporto con l'ossaluria; sono da citarsi l'ematuria ed anche la eliminazione di muco o muco-pus dall'uretra; la diagnosi di blenorragia in tali casi porterebbe a gravi conseguenze che debbono essere evitate.

Bisogna poi tener presente che la presenza di ossalato di calcio nell'urina non indica di per sè stessa ossaluria e che, prima di attribuire a questa i sintomi che si osservano nei malati, si debbono escludere altre probabili cause.

Per la cura, si escluderanno anzitutto le sostanze che sono molto ricche di ossalati, si farà uso di acque non troppo dure e si sceglieranno cibi ricchi di magnesio, adottando inoltre abitudini igieniche di vita.

fil.

TERAPIA.

Indicazioni e controindicazioni della balneoterapia.

I bagni salati esercitano un'azione variabile sulla pressione endoaddominale ed endotoracica a seconda del grado d'immersione. Tale pressione agisce sulle vene e sui linfatici e provoca una accentuazione della corrente sanguigna di ritorno. I malati dispnoici provano spesso un vero sollievo per un bagno in cui essi sono immersi fino a metà del corpo, mentre l'immersione totale provocherebbe una sensazione di oppressione.

Il bagno carbonico, come osserva A. Weber (*Therapie der Gegenwart* e *Presse médicale*, 28 marzo 1925) provoca elevazione del tasso della glicemia e variazioni nel potenziale elettrico. Le bollicine gazose che si depositano alla superficie cutanea producono un'eccitazione tattile ed un'elevazione rapida della tensione. Si hanno anche fenomeni termici; al brivido iniziale, succede una sensazione di calore, anche in un bagno freddo, dovuta allo strato isolante di gas carbonico che si produce sulla cute; l'acido carbonico agisce sui capillari cutanei, portando una vaso-dilatazione superficiale generalizzata. Infine vi sono altre due azioni importanti dal punto di vista terapeutico, cioè quella sull'ampiezza della contrazione cardiaca che è certamente diminuita e sul centro respiratorio.

L'insufficienza cardiaca grave, che si manifesta con dispnea anche durante il riposo, è una controindicazione formale all'uso dei bagni.

fil.

Il bagno interno subacqueo.

Viene così chiamato un metodo originale di lavaggio continuo del grosso intestino, usato già da vari anni in alcune località termali austriache. L'apparecchio, descritto da O. Müller (*Münch. med. Woch.*, n. 16, 1925), consta di un recipiente a forma di pipa, che si adatta perfettamente, con la sua porzione superiore, a guisa di sella, alle curve fisiologiche del perineo e del coccige.

Dal fondo dell'apparecchio si innalza una cannula irrigatrice di gomma, mobile in tutti i sensi, la quale va introdotta nel retto. Tale cannula è in connessione con un altro tubo, per mezzo del quale si fa affluire nell'intestino il liquido scelto per la lavanda. La porzione antero inferiore dell'apparecchio è infine aperta in modo da far refluire il liquido di rifiuto che fuoriesce dall'orifizio anale.

Con tale congegno applicato il paziente può contemporaneamente sedere a suo agio in un bagno caldo. Non appena l'acqua di lavaggio ha riempito l'intestino, il malato prova il desiderio di defecare, ed emette di conseguenza il contenuto intestinale, che viene eliminato attraverso il tubo di scarico, senza alcun cattivo odore.

Si può in tal modo ripetere l'atto di riempimento e di svuotamento fino a che l'acqua refluisce limpida.

Alcune precauzioni sono necessarie per applicare il metodo. Bisogna cioè che il malato sia digiuno, altrimenti può prodursi vomito; così pure bisogna por mente a non aumentare troppo la pressione nell'intestino in caso che esistano spasmi, cercando piuttosto di vincerli preventivamente con suppositori di oppio e belladonna. Così pure è controindicato nei cardiopazienti, specie se ipertonici, a causa dell'aumento di pressione che produce allorquando, riempito l'intestino, subentrano i dolori evacuativi.

I vantaggi del metodo, secondo l'autore, sarebbero i seguenti:

1) dal punto di vista diagnostico, possibilità di ripulire l'intestino grosso in modo perfetto prima di procedere alla radioscopia o alla rettoscopia;

2) dal punto di vista terapeutico, possibilità di agire energicamente nella stipsi abituale, sia atonica che ipertonica, e in vari stati morbosi intestinali, quali la colite catarrale, l'ossiurasi, ecc.

M. FABERI.

L'azione terapeutica dei fanghi termali.

L'uso dei fanghi termali è assai diffuso in Germania dove essi vengono utilizzati in un'ottantina di stazioni termali. Ivi, i fanghi hanno provenienze diverse; una buona parte dall'Italia, specialmente da Battaglia, che prima della guerra spediva per la sola Kissingen 80 tonnellate di fango ogni anno; in altre stazioni tedesche si usano della torba o dei fanghi trasportati da paludi, ovvero delle scorie di carbone sottoposte a diversi

processi che le rendono omogenee. In Francia vi sono le stazioni termali di Saint-Amand-les-Faux e di Dax-Préchacq, Parbotan e Balaruc, che hanno dei fanghi associati alle acque minerali. In Italia, ne abbiamo moltissimi (Aqui, Abano, Montegrotto, ecc.) quasi in ogni regione.

L'azione che dispiegano i fanghi è molteplice: meccanica, termica, medicamentosa, radioattiva. L'azione meccanica, osserva G. Giraud (*Paris médical*, 18 aprile 1925) è compressiva, ed esercita una specie di massaggio. La pressione e la frizione fatte dalla pesante massa di fanghi aiutano la risoluzione degli essudati, stimolano le terminazioni nervose sensitive e vaso-motrici, esercitano una benefica influenza sui fenomeni circolatori. Del tutto particolare è l'azione termica, in ragione della sua intensità e del tempo per cui continua; si ha una revulsione locale, un elevamento della temperatura centrale e periferica ed un aumento di frequenza del respiro e del polso.

L'azione medicamentosa è connessa con il contenuto vegetale che agisce come un topico emolliente e con la composizione chimica. L'azione radioattiva infine è esercitata dall'acqua, dal fango e dall'atmosfera.

Tutte queste modificazioni si riassumono nel duplice risultato terapeutico della risoluzione locale e della stimolazione generale. Si comprendono così le indicazioni di questa cura che sono il reumatismo cronico, le manifestazioni articolari della gotta, le neuriti e neuralgie, i reliquati dolorosi delle affezioni ginecologiche passate alla fase torpida e, purchè fatta a temperatura non molto elevata, le sequele delle flebiti. Le controindicazioni sono date dai reumatismi e dalla gotta negli stadi acuti, nonchè dalle lesioni pelviche in via di attività; dal punto di vista generale, dalla tubercolosi polmonare e dalle cardiopatie scompensate. L'ipertensione arteriosa piccola o media non è una controindicazione, purchè si prendano le precauzioni necessarie per evitare un brusco squilibrio della circolazione locale.

fil.

La radioterapia dopo l'amputazione del seno carcinomatoso.

I pareri sulla convenienza di applicare o meno la radioterapia dopo l'amputazione del seno non sono concordi, in quanto che alcuni ammettono che si ottengono in tal modo dei successi duraturi, mentre secondo altri si hanno addirittura degli aggravamenti.

L. Simon e W. Wolner (*La Presse médicale*, 1925, n. 17, p. 42) riportano le loro osservazioni su 100 carcinomi del seno, di cui 66 operati da oltre tre anni. La prognosi non dipenderebbe che dalla precocità dell'intervento, il quale deve essere il più esteso possibile. Tutti i tumori operati al primo stadio (grossezza di un uovo, mobilità sulla pelle e sui gangli, senza ingorgo) hanno dato guarigioni durature che siano o non stati irradiati.

Meno buoni sono invece i risultati per i tumori al 2° e 3° stadio. Un lieve beneficio si è osservato nei malati che hanno subìto irradiazioni postoperatorie; è però necessario che le dosi siano di molto inferiori alla « dose da carcinoma » e che il trattamento si continui per un anno e mezzo, facendo le sedute dapprima ogni 6 settimane e poi ad intervalli più lunghi.

Le divergenze dei diversi autori sono da attribuirsi al fatto che sono state usate da taluno delle dosi forti, le quali creano condizioni locali favorevoli alla proliferazione dei nidi di cellule cancerose risparmiati dall'operazione, ed inoltre diminuiscono la resistenza generale.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sui rapporti fra trombociti e secrezione interna.

Punto di partenza delle presenti osservazioni è il caso di una giovane donna la quale in due successivi puerperi ammalò di una grave diatesi emorragica con trombopenia.

La scomparsa della diatesi coll'inizio della seconda gravidanza e la successiva sua ricomparsa al nuovo puerperio, lascia pensare con molta verosimiglianza all'esistenza di rapporti tra i processi svolgentisi nella sfera genitale e le alterazioni del sangue (trombopenia). E ricordando poi l'influenza della milza nella genesi della trombopenia, è opportuno l'ammettere altresì che l'azione dei genitali muliebri nella patogenesi della trombopenia si eserciti non direttamente, ma per via indiretta endocrina per mezzo della milza.

Nel caso illustrato da N. Henning (*Deutsche med. Woch.*, 8 agosto 1924) si avrebbe patologicamente il ripetersi della stessa influenza della gravidanza nella disposizione alle emorragie che fisiologicamente osservasi nella soppressione delle mestruazioni durante la gravidanza. Basandosi su tale concetto l'A. ha pensato se per avventura il caso non andasse considerato come espressione di un esaltamento o di una degenerazione di processi fisiologici evolventisi durante i periodi mestruali. Esistono d'altronde in condizioni fisiologiche rapporti tra numero dei trombociti nel sangue e mestruazione, o, eventualmente, con altri processi dell'organismo con questa connessi? È possibile determinare rapporti tra apparato genitale muliebre e piastrine del sangue? Tali domande assumono anche maggiore

importanza ponendo mente alla funzione delle piastrine nel prodursi dell'emostasi e al fatto che le emorragie prolungate nella diatesi emorragica rappresentano un sintomo caratteristico della trombopenia.

L'A. pertanto ha voluto controllare in 11 donne sane il comportamento del numero delle piastrine nel sangue durante lo svolgersi della mestruazione. Risultati complessivi i seguenti. Il numero delle piastrine, normale prima dell'inizio delle mestruazioni, fu visto discendere alla metà o fino ad un terzo nei primi due giorni mestruali per poi gradatamente tornare ad elevarsi. Il punto più basso della grafica corrispose al primo o al secondo giorno dell'emorragia.

Una prova clinica che durante la mestruazione esiste effettivamente in tutto l'organismo una disposizione, sia pur latente, alle emorragie è data dalla comparsa di piccole emorragie all'avambraccio in seguito a iperemia da stasi provocata artificialmente con un laccio sul medesimo. Il Frank si vale di tale fenomeno per riconoscere forme latenti di trombopenia ed ha potuto stabilire che la comparsa delle emorragie cutanee avviene allorchè il numero dei trombociti è diminuito fino a circa 120,000: con valori maggiori il fenomeno in genere manca. L'A., valendosi di tale esperimento, ha potuto dimostrare clinicamente l'abbassarsi del numero dei trombociti durante la mestruazione; il fenomeno ebbe a ripetersi, su 20 casi controllati al primo o secondo giorno della mestruazione, 19 volte. Nei periodi intermestruali nei sani la prova riesce negativa.

L'A. conclude rilevando che durante la mestruazione esiste effettivamente una trombopenia fisiologica, una disposizione generale alle emorragie, una diatesi emorragica latente che sicuramente hanno parte non trascurabile nell'originarsi dell'emorragia mestruale. Maggiore importanza clinica ha poi la dimostrazione di una dipendenza funzionale del quadro sanguigno dall'attività degli organi sessuali femminili.

Ad ulteriori osservazioni spetterà il compito di precisare la parte serbata agli organi sessuali nella patogenesi della trombopenia.

M. AGOSTINI.

IGIENE.

Le ostriche quali veicoli dei bacilli del tifo.

Che le ostriche allevate o « immerse » in acque contaminate siano talvolta veicolo d'infezione tifosa è accertato dalla evidenza epidemiologica, ma sono scarse le osservazioni circa la durata della resistenza dei bacilli tifosi nelle ostriche mantenute nelle ordinarie condizioni di magazzinaggio.

I dati ottenuti finora non sono concordi perchè mentre Herdman, Boyce e Field asseriscono che al nono giorno quasi tutti i batteri sono morti, Stiles isolò bacilli del tifo nelle ostriche dopo 21 giorni di magazzinaggio a 39 F.

E Jordan (*Jour. Am. M. Ass.*, maggio 9, 1925), ha fatto esperienze a Chicago durante una epidemia di tifo apparentemente dovuta a ostriche.

Dalle osservazioni risultò che le ostriche, artificialmente contaminate con il tenerle per un'ora in acqua di mare alla quale erano stati aggiunti bacilli del tifo, e poi messe in ghiacciaie (5-8 C) contenevano bacilli del tifo vivi fino al ventiquattresimo giorno.

Non si notò moltiplicazione dei bacilli, anzi dopo i primi giorni era evidente una diminuzione nel loro numero.

Dei tre stipiti di bacilli adoperati uno visse al 21° giorno, uno fino al 22°, e uno fino al 24° giorno.

Anche F. Tonney e J. White riportano i risultati delle loro osservazioni sul tempo necessario per la scomparsa dei bacilli tifosi da ostriche fortemente contaminate.

Gli AA. fecero i loro esperimenti su ostriche in conchiglie e su ostriche private delle loro conchiglie. Queste venivano immerse per 48 h. alla temperatura di 21 C. circa in acqua marina contaminata con bacilli del tifo, e poi venivano trasferite in recipienti sterili asciutti e mantenute alcune a 37 C., altre a 21 C. e altre a 6 C. circa.

Nelle determinazioni del contenuto batterico le ostriche con conchiglie venivano aperte in condizioni simili a quelle del commercio, eccetto per l'uso di guanti di gomma per proteggere il lavorante.

Si ottennero i seguenti risultati:

Nelle ostriche private della conchiglia, contaminate e immagazzinate a 37 C., a 21 C., e a 6 C., il bacillo del tifo sopravvisse nel loro succo in numero considerevole rispettivamente per uno, quattro e ventidue giorni.

Ostriche vive con la conchiglia vennero contaminate con abbondanti b. del tifo e immagazzinate a 21 C. e a 6 C.

Alla prima temperatura il bacillo del tifo visse nel liquido contenuto nelle conchiglie per otto giorni; alla seconda temperatura, che è la comune temperatura fredda del commercio, i germi sopravvissero per sessanta giorni.

La faccia esterna delle conchiglie dimostrò la presenza del bacillo tifoso nel 23° giorno.

Ostriche con conchiglia e in condizione da non poter servire come cibo, perchè in decomposizione, dimostrarono di contenere b. tifosi vivi in numero considerevole.

Concludendo la longevità del b. typhosus nel succo di ostriche, private o no delle conchiglie, e immagazzinate dipende dalla temperatura alla quale sono tenute. In genere la temperatura più conveniente per preservare le ostriche tende a prolungare la vita del bacillo tifoso.

Non fu riscontrato nessun potere battericida o alcuna azione eliminativa verso il b. typhosus nelle ostriche viventi non private di conchiglia e mantenute a secco a 6 C.

I germi sopravvivono per un periodo più lungo delle ostriche.

M. MARGOTTINI.

VARIA.

Aforismi sul concetto di infiammazione.

(L. ASCHOFF. *Münch. med. Woch.*, n. 16, 1925).

Non esiste ancora accordo tra clinico e patologo circa il concetto di flogosi, perchè il primo si basa sui segni clinici, e il secondo su quelli istologici, diguisachè il patologo, al contrario del clinico, parlerà di processo infiammatorio in casi di tagli asettici, di versamenti ematici semplici nel torace, di recisione di nervi e muscoli, come pure di organizzazione di un infarto, di demarcazione di un arto necrotico, e così via.

Per il clinico invece non si tratterà di flogosi che allorquando tutti i segni locali e generali di questa saranno evidenti.

Tale disaccordo di vedute si manifesta poi anche dal punto di vista della « intensità », nel senso che il clinico parlerà spesso di flogosi solamente quando la reazione, di origine tossica o traumatica, avrà raggiunto un certo grado. Lo stesso vale per il patologo, il quale, nel caso in cui l'essudazione e l'emigrazione sono scarse, come accade per esempio nella rigenerazione di un nervo, non crede opportuno riconoscere un fatto infiammatorio.

E poichè non v'ha dubbio che col perfezionarsi dei mezzi d'indagine si riuscirà in futuro a sorprendere meglio gli studi iniziali delle varie reazioni, tale disaccordo si accentuerà ancor di più.

Tuttociò ha in ogni modo, per la medicina d'oggidì, solo un valore relativo.

Per quel che riguarda poi la biologia, l'espressione flogosi può essere conservata solamente se con essa si intende parlare di « reazione », cioè di un processo biologico volto a riparare una qualsivoglia lesione organica pericolosa per l'esistenza.

Tali reazioni devono essere distinte in locali e generali, indicando le prime con la terminazione « ite ».

In molti libri di patologia si trova contrapposto il capitolo « rigenerazione e organizzazione » al capitolo « infiammazione », sebbene la maggior parte di tali processi rigenerativi e riparatori dovrebbero esser considerati, per le loro caratteristiche istologiche, come infiammatori. Se tuttavia si cercò di fare tale distinzione, ciò avvenne perchè, in genere, il grado d'intensità dei segni flogistici era meno grande che negli altri gruppi di reazioni, comprendenti i cosidetti: « Processi di difesa ».

Per tali processi sarebbe appropriato il termine: « Ripulimento », cioè eliminazione di materiale esogeno, estraneo.

Nessuna delle definizioni recentemente proposte riesce ad eliminare le sopra mentovate discordanze tra clinica, patologia e biologia. Tale definizione dovrebbe essere così formulata: « Per infiammazione si intende uno stato irritativo caratterizzato da determinati segni clinici (rubor, calor, tumor, dolor) o istologici (essudazione, emigrazione, proliferazione) o colloido chimici, con grado variabile di intensità locale a seconda dei singoli osservatori; e tale stato è conseguenza di una lesione organica ed ha il suo riscontro in processi fisiologici, quali la digestione e la mestruazione ».

Dal punto di vista della medicina teorica il complesso delle reazioni dovrebbe essere suddiviso non più, secondo l'intensità, in infiammatorie e non infiammatorie, bensì, secondo la funzione, in rigenerative riparative e difensive. Tutte queste reazioni sono accompagnate da sintomi « infiammatori ».

Varrà poi come base, per la nomenclatura, il detto latino: « A potiori fit denominatio ». Se quindi prevale il processo morboso, come per esempio in un rammollimento embolico del cervello o in un infarto renale anemico, si parlerà di encefalomalacia o di nefronecrosi. Se invece prevarranno i processi reattivi ai limiti del focolaio di rammollimento o dell'infarto si dovrà parlare di encefalite riparativa o di nefrite riparativa. Sopravvenga in pari tempo l'infezione, insorgerà nei territori circostanti un processo di difesa e si parlerà di nefrite difensiva, che più tardi potrà concludersi con un processo riparativo.

M. FABERI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLIX. — Efficacia dell'obbligo assunto dal Comune per la indennità caro-viveri.

Segnalammo già la sentenza della Corte di Appello di Roma nella causa tra il dottor Felli e il Comune di Arcinazzo, concernente la efficacia dell'obbligo assunto dal Comune agli effetti della concessione della indennità caroviveri per il tempo e nella misura stabiliti dalla legge in rapporto agli impiegati dello Stato.

Possiamo ora dar notizia di un giudicato della Corte di Cassazione a Sezioni Unite, in caso analogo: sentenza 9 marzo 1925 in causa Comune di Napoli contro Rispoli.

Ne riportiamo le massime:

« La concessione della indennità caroviveri fatta da un ente locale autartico ai suoi impiegati, nella stessa misura di quella concessa agli impiegati dello Stato col decreto Luog. 14 settembre 1918 n. 1314, è impegnativa per l'ente nei medesimi limiti di quantità e con le modalità stabilite dal decreto suddetto. Poichè, in base a questo decreto, l'indennità per l'impiegato coniugato il cui coniuge godesse di altra indennità caroviveri era di L. 65 e non già di L. 100 mensili, sempre che il coniuge fosse egli alla dipendenza dello Stato, per l'impiegato comunale coniugato l'indennità è ridotta soltanto a condizione che il coniuge sia anche egli impiegato del Comune. Avendo soltanto il R. D. 5 aprile 1923 n. 853 introdotto, senza effetto retroattivo, la riduzione dell'indennità caroviveri per l'impiegato di ente pubblico diverso dallo Stato, è soltanto dalla entrata in vigore di queste nuove norme legislative che può il Comune ridurre l'indennità caroviveri per gli impiegati, i cui coniugi fossero a lor volta impiegati di enti pubblici diversi dal Comune ».

Prescindendo dal caso speciale deciso, qui è da rilevare la risoluzione di massima circa la efficacia giuridica dell'obbligo assunto dal Comune per volontaria determinazione.

L. — I provvedimenti di revisione degli organici e di dispensa deliberati fuori del termine assegnato agli enti locali.

E' noto che il decreto 27 maggio 1923, n. 1177, ormai famoso, aveva stabilito due termini: l'uno per le amministrazioni degli enti locali e l'altro per il prefetto in sede di sostituzione, qualora l'amministrazione non avesse provveduto.

Il decreto 8 agosto 1924, n. 1287 prorogò poi espressamente, e con esplicita limitazione, il termine per l'esercizio del potere di sostituzione attribuito al prefetto. Tuttavia, la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 30 gennaio 1925, n. 60, ha ritenuto che, anche durante il termine assegnato al prefetto al fine dell'esercizio del potere di sostituzione, la facoltà degli enti locali « non è menomata in atto » sino a che il prefetto non abbia agito.

Ne deriva che il potere straordinario attribuito ai Comuni ed agli altri enti locali non si considera cessato l'11 febbraio 1924, cioè alla data della scadenza del termine stabilito espressamente dalla legge; ma praticamente rimase efficace anche dopo, se ed in quanto il prefetto non avesse ancora esercitato il potere di sostituzione. Sicchè la V Sezione considera legittimi i provvedimenti emanati dalle amministrazioni degli enti locali sino al 31 dicembre 1924, sempre che — ripetesi — il prefetto non abbia frattanto iniziato l'esercizio del suo potere di sostituzione.

Questa risoluzione non sembra a noi corretta perchè nessun potere e specialmente un potere straordinario può essere esercitato oltre i termini tassativamente stabiliti dalla legge e non prorogati.

Se l'ente non provvide nel termine, spettava soltanto al prefetto di valutare la situazione: esso solo poteva, ormai, manifestare una volontà efficace.

Ciò è tanto vero che il decreto 8 agosto 1924 limitò la proroga al termine stabilito per il potere dal prefetto: se avesse voluto che, frattanto, anche le amministrazioni degli enti potessero tuttavia provvedere, avrebbe stabilito un nuovo termine anche per essi.

E' da ritenere che, in realtà, il Consiglio di Stato sia stato indotto a diversa soluzione per considerazioni d'ordine prevalentemente pratico: cioè, per non far cadere — ormai irreparabilmente, essendo scaduto anche il termine assegnato al prefetto — i povvedimenti tardivamente deliberati dagli enti quando i prefetti non esercitarono il potere di sostituzione.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente allo Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il contagio venereo-sifilitico può essere considerato lesione personale ?

Il dott. Coppola sostiene nel *Giornale del Medico Pratico* la opportunità di emettere disposizioni di legge che concedano di ripetere azione penale a chi fosse stato da altri contagiato di malattie celtiche.

Sorge infatti, egli scrive, dalla valutazione del danno derivatore alla salute fisica e molto spesso, come conseguenza, anche alla sanità psichica della persona, l'imporsi di disposizioni atte a preventivamente salvaguardarla ed al riguardo esistono già dispositivi di legge.

Infatti l'art. 372 del C. P. dice:

« Chiunque, senza il fine di uccidere, cagiona « ad alcuno un danno è punito con la reclusione « da un mese ad un anno.

« La pena è:

« 1) Della reclusione da 1 a 5 anni se il fatto « produce l'indebolimento permanente di un senso e di un organo, od una permanente difficoltà della favella, od uno sfregio permanente « del viso, ovvero se produca pericolo di vita od « una malattia di mente o di corpo durata 20 o « più giorni, o, per ugual tempo, l'incapacità di « attendere alle ordinarie occupazioni, ovvero, se « commesso contro donna incinta, ne acceleri il « parto;

« 2) Della reclusione da 5 a 10 anni, se il « fatto produce una malattia di mente o di corpo « certamente o probabilmente insanabile, o la « perdita di un senso, di una mano, di un pie- « de, della favella, o della capacità di generare, « o dell'uso di un organo, od una permanente « deformazione del viso, ovvero, se commesso « contro donna incinta, le produca l'aborto.

« Fuori dei casi preveduti nel precedente ca- « poverso e nell'articolo successivo, se il fatto « non produce malattia o incapacità di atten- « dere alle ordinarie occupazioni, o se l'una o « l'altra non duri più di 10 giorni, non si pro- « cede che a querela di parte, e la pena è della « reclusione sino a tre mesi o della multa da « lire cinquanta a mille ».

Omettendo per ora ogni altra considerazione, e ritornando alla valutazione del danno nel corpo o nella salute o nella mente, che come si è visto dal succitato articolo, la legge vuole punito, anche qualora non rivesta carattere di certa gravità, non si potrà già sostenere che il contagiamento venereo, di qualsiasi genere esso sia, non rivesta comunque sempre carattere di spiccata gravità. È danno quello conseguente alle malattie veneree che talvolta, non solo intacca profondamente la salute fisica di un individuo, bensì ancora quella psichica in tutto il suo intimo e delicato insieme.

Nè ancora è a sostenere che carattere transitorio abbiano sempre i danni causati da contagiamenti venerei, poichè, molto spesso, sia le ristrette disponibilità di mezzi per la cura, sia la eccessiva violenza e la resistenza del male alle cure stesse, sia le eventuali tante complicazioni di possibile sopravvenienza, sia tanti altri fattori, possono intervenire ad aggravare, complicare ed allungare il decorso del male stesso rendendone più gravi le conseguenze.

Così, ad es., è in una forte percentuale (circa 35 %) che si è constatato l'assenza di germi fecondativi negli uomini che, per conseguenza di un'infezione blenorragica, avevano avuto un'epididimite unilaterale, percentuale che sale fin verso l'80 % nei casi di epididimite bilaterale.

Ma chi volesse dilungarsi ed enumerare tutte le miserevoli e pietose condizioni di fatto create in conseguenza più o meno diretta dalle infezioni veneree, ben arduo compito si assumerebbe, perchè tali e tante esse sono da non potere soggiacere ad elencazione di sorta.

Il problema della profilassi contro le malattie veneree e la sifilide è della più vitale importanza e di esso fa d'uopo si allarmi e si curi al pari della scienza, la società tutta, restringendo e sorvegliando sempre più la produzione e tutelando rigorosamente la salute dei suoi consociati. È vero quanto afferma l'Emery, e cioè che il pericolo che la prostituta rappresenta per la società, agli effetti della diffusione delle malattie veneree, è in ragione inversa della notorietà con la quale essa esercita il suo mestiere. Ma è pur altrettanto vero che il ciclo non si può fermare nè si ferma alle prostitute stesse, che ad esse fanno seguito gli uomini, i quali poi infetteranno altre donne di condizioni elevate: e non sarebbe logico quindi incrudelire esclusivamente con coartazioni contro le prostitute patentate quando la più pericolosa per il contagio è la prostituzione clandestina. Le statistiche, ad esempio, dimostrano che l'1 % delle donne da prostituzione ufficiale è infetto, mentre in quella clandestina lo è ben il 25-28 %.

Per l'Italia le direttive dell'odierno Governo non hanno tralasciato di curare tale campo ed un nuovo Regolamento legislativo, approvato sin dal 25 marzo 1923, ha fatto risentire già sensibilissimi vantaggi, però ancora altro è possibile

aggiungere allo scopo di sempre più limitare e restringere la cerchia del contagio: poichè nessuno può argomentare in contrario al fatto che le malattie veneree non costituiscono sempre nei loro effetti delle lesioni gravi e molto spesso gravissime, già come lesioni personali d'altra parte essendo esse implicitamente ritenute in qualifica di aggravanti nella violenza carnale.

Come tali quindi debbono essere quasi sempre riguardate e come tali debbono avere repressione penale, pur con ciò non intendendo affermare che sia possibile dare norme generali per la valutazione medico-legale di queste malattie considerate come lesioni personali poichè la sifilide ad esempio, è una malattia di lunga durata anche quando sia sottoposta a cura razionale, ed in alcuni casi insanabile. Sarebbe infatti impossibile fissare in modo aprioristico se essa rientri fra le lesioni gravi o le gravissime, data la diversa gravità che presenta nei vari soggetti, onde la valutazione va fatta caso per caso, tenendo conto dell'andamento dei fenomeni ed utilizzando tutti quei criteri che la clinica prende in considerazione per un giudizio prognostico della malattia (Borri).

Egualmente caso per caso, seguendo il decorso della malattia nel suo periodo acuto, va fatta la valutazione del danno nei riguardi della blenorragia, pur tenendo presente che essa rappresenta sempre una malattia grave e nella migliore delle ipotesi di molto lunga durata.

Dopo ciò, considerando inoltre il fattore della imputabilità e quello della conseguente responsabilità, intesi nella capacità di conoscere la punibilità di atti proibiti, e la possibilità di determinare la propria volontà nel senso del buono e del giusto, è con ragione sostenibile come colui il quale, essendo a conoscenza di essere infetto da una delle suddette malattie e cosciente della contagiosità di essa, sia reo di delitto contro la persona e come tale debba essere punito.

Molto meno condannabile appare chi, affrontando il prossimo a viso aperto, lo ferisce con un'arma qualsiasi cagionandogli lesioni più o meno gravi, che non colui il quale nell'estremo amplesso d'amore inganna tanto atrocemente chi, ignaro, gli si abbandona.

Ma con tutto ciò basta una piccola e lieve lesione personale, guaribile in pochi giorni, senza conseguenze di sorta, per imbastire un procedimento penale; mentre libero ed impunito ne va colui il quale per incoscienza, trascuratezza e talvolta addirittura per spirito cattivo, infettò di sifilide, blenorragia od altro.

Che se, d'altra parte, il reato consistente in una lesione personale da arma qualsiasi, guaribile entro un determinato spazio di tempo, si arresta nell'abito del danno recato a quella unica sola determinata persona che ne fu l'oggetto, quello consistente nel contagiamento venereo non solo, allo stato attuale, interessa quella determinata persona contagiata, bensì un numero infinito di altre persone: la Società.

Certo si può obbiettare che non è cosa agevole il poter stabilire sempre che una persona sia stata contagiata da un'altra determinata.

Altra obbiezione e tutt'altro che disprezzabile potrà essere quella posta chiedendo come nel maggior numero dei casi sia per essere provata la coscienza di chi trasmise il contagio. A ciò servirebbe meglio l'accurata valutazione dei singoli casi.

a. a.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAORLE (*Venezia*). — Consorzio; 4 frazioni; lire 12,000 e aumenti; p. cav. L. 3000; c.-v. come impiegati dello Stato; alloggio gratuito. Scad. 20 lug.

CASTEL S. PIETRO NELL'EMILIA (*Bologna*). — Scad. 15 lug. Consorzio intercomun. della vallata del Silaro, per Montecalderaro; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 3000 cavalc.

CINGOLI (*Macerata*). — Scad. 16 lug. Condotta di città e direz. Ospedale; L. 10,000 e c.-v. — Tre condotte rurali; L. 8000, c.-v. e indenn. cavalc. (L. 500 se bicicl., L. 2000 se motocicl., L. 2500 se cav. o automob.).

COLLESANO (*Palermo*). — Scad. 31 lug. Per Scillato. L. 8250, oltre L. 2000 cav.

DEGO (*Genova*). Scad. 13 ag. kmq. 34 (di cui 12 in piano e 22 in collina); ab. 2325; pov. 960; stip. residenziale L. 8400; addizionale L. 500; mezzo trasp. L. 300; uff. san. L. 500. Farmacia; ferrovia; ecc.

DURAZZANO (*Benevento*). — Scad. 15 lug.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 26-40 a.; tassa L. 50.

DURONIA (*Campobasso*). — Scad. 31 lug.; L. 6500 Tassa L. 25.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 31 lug., 4ª cond.; L. 6000 e 8 trienni dec.; cavalc. lire 3000; c.-v.; Kmq. 13.4, di cui 11.4 in collina; ab. 2493 di cui 1683 sparsi; inscritti 500. Docum. a 3 mesi. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. Residenza a Borgata Ginestra.

MARSALA (*Trapani*). — Scad. 20 lug. Medico scolastico; obbligo vaccinazioni gratuite in tutte le campagne; L. 5000 oltre L. 2500 trasp. (se provvisto di cavalc. idonea al servizio); età 21-30 a. al 18 lug.; tassa L. 50.15.

MONTECOPIOLO (*Pesaro*). — Scad. 15 lug.; L. 9000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000, L. 3 oltre; per cav. obblig. L. 3000; c.-v.; se uff. san. L. 400; 5 quadrienni decimo; alloggio gratuito.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Medico primario per malati di tub. polm. Reparto spedaliero Da Monte e Camerini. Proroga a tutto 31 lug.

PORTORECANATI (*Macerata*). — Scad. 25 luglio; due cond., di cui una medico-chirurgica con obbligo della piccola chirurgia ed una chirurgo-medica (*sic*) con obbligo di alta chirurgia; L. 8000 e 3 quadrienni dec.; c.-v. come impiegati dello Stato meno L. 780; per la condotta del contado indenn. trasp. (L. 800 se mezzo meccanico o cavallo non proprio, L. 2500 se cavallo proprio od automezzo); ricostruz. parz. carriera; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.10.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — Due cond., di cui una prevalentem. chirurg.; ab. circa 8000 in 3 cond.; L. 8000 e tre quadrienni dec., oltre c.-v.; per trasp. L. 2500 se cav. od automezzo, altrim. L. 1000; ricostruz. parziale carriera; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Direz. Osped. se affidata dalla Congreg. Carità. A tutto il 31 luglio.

RAFFADALI (*Girgenti*). — Scad. 15 lug., 1° reparto; L. 8500 e 4 quadrienni dec.; c.-v.

RAVELLO (*Salerno*). — Scad. 7 ag.; L. 7000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Al 20 lug., ore 16; 5ª cond. (per Montemassi); L. 10,500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — Medico-aiuto nell'Ospizio marino « Duchessa Elena d'Aosta » a Valdoltra, presso Trieste. Permanenza nell'Istituto. Collaborazione col direttore e sostituzione di questo. Divieto del libero esercizio professionale. Mensilmente: L. 700 stip. e L. 300 indennità per sostituzioni direttore, al netto di R. M. Vitto e alloggio gratuiti nell'Ospizio. Il bando di concorso deve essere richiesto al Comitato della C. R. I. di Trieste, via Machiavelli 28. Scad. ore 12 del 25 lug.

SASSOCORVARO (*Pesaro*). Scad. 15 lug.; L. 8000 per 500 pov., addiz. L. 2, direz. Ospedale L. 2000, c.-v. L. 1200. Chiedere bando al Sindaco.

VERONA. *Brefotrofio Provinciale*. — Medico aggiunto. Età mass. 35 a. Stip. L. 8000, oltre c.-v. Scadenza 31 luglio. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

VERONA. *Ospizio Esposti della Provincia*. — Medico aggiunto; L. 8000 e c.-v., dedotte L. 65 mensili. Docum. al Protocollo entro le ore 12 del 31 lug. Età mass. 35 a. Tassa L. 50.05 al Tesoriere. Nomina annua, conferme biennali. Serv. entro 15 giorni.

VIGGIANELLO (*Potenza*). — A tutto il 25 lug., centro e frazioni; L. 5500 e sei quadrienni per 600 pov. su 4693 ab.; addizion. L. 5. Comune in collina e saluberrimo. Stato di fam. Rivolgersi Segretario.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffida: Civezzano (Trento).

Medici che sappiano scrivere in modo semplice e brillante e desiderino collaborare ad una rivista di propaganda igienica popolare scrivano: « Salute e Igiene », Piazza del Popolo, 18 - Roma (10).

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Assegno di perfezionamento di L. 6000 da conferirsi ad un laureato in medicina da non oltre 4 anni alla scadenza, 31 luglio 1925. Istanza alla Direz. Gen. della P. I., su carta da L. 3, recante il domicilio esatto del concorrente e la disciplina nella quale intende perfezionarsi; corredata da una o più memorie originali, stampate o manoscritte, dal certificato di laurea e da un elenco dei titoli, il tutto in piego separato; i pacchi o le cassette contenenti le memorie dovranno portare (tanto sull'involucro esterno quanto nell'interno) le indicazioni del nome, cognome e indirizzo del concorrente e del concorso.

PISA. *R. Università*. — Posto di perfezionamento *Giov. Batt. Queirolo*, presso la Clinica Medica, per un anno dal 1° novembre 1925, con possibilità di conferma per un altro anno a termini dell'art. 5 dello Statuto di Fondazione. Il vincitore del concorso avrà l'obbligo della frequenza presso detta Clinica e godrà un assegno annuo di L. 3600, al lordo delle imposte, pagabile a rate mensili anticipate su presentazione del certificato di profitto del Direttore della Clinica. Possono concorrere al posto i laureati in Medicina e Chirurgia di tutte le Università del Regno, i quali non abbiano più di due anni di laurea a datare dal 1° agosto 1925. Il concorso è per titoli, ma in caso di parità di merito fra concorrenti, la commissione giudicatrice ha facoltà di indire un esame. I concorrenti dovranno presentare, entro il 30 settembre prossimo, domanda in carta da bollo di L. 2, al Rettore, corredata dai seguenti documenti in carta bollata e debitamente legalizzati: Certificato di nascita; Stato di famiglia; Certificato generale degli studi universitari, dal quale risultino le votazioni conseguite nei singoli esami speciali ed in quello di laurea e la data di quest'ultimo; Tutti quegli altri titoli e documenti atti a comprovare speciali attitudini per gli studi medici.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Perroncito Aldo è nominato preside della Facoltà Medica di Pavia.

Sono nominati i seguenti professori: di clinica medica, Galdi Francesco a Cagliari; di patologia medica, Gasbarrini Antonio a Siena, La Franca Sebastiano a Palermo, Morelli Eugenio a Pavia, Pari Giulio Andrea a Padova.

Il prof. Rossi Baldo, di traumatologia, fa ritorno alla Clinica chirurgica generale a Milano.

Il prof. comm. Pasquale Filadoro, pareggiato di clinica dermosifilopatica nella R. Università di Roma, è nominato grande ufficiale della Corona d'Italia. Di recente egli è stato anche insignito della medaglia di bronzo al merito della salute pubblica.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale sulla malaria.

Come abbiamo annunziato, per iniziativa del Governo italiano sarà tenuto in Roma dal 4 al 6 ottobre il primo Congresso internazionale della Malaria.

Saranno discussi i seguenti argomenti, sui quali saranno presentate relazioni:

1. Anofeli e malaria.
2. Biologia dei parassiti. Unicità e pluralità dei parassiti.
3. Gli alcaloidi della chinina e terapia della malaria.
4. Fattori epidemiologici e lotta antimalarica.
5. Propaganda. Statistica.

Tutte le nazioni Europee, Nord e Sud Americane, il Governo dell'India, i Dominions, il Giappone e la Turchia hanno aderito al Congresso e nominato rappresentanti; per la Francia: dottori Brumpt, Lasnet, Marchoux, Mesnil e Sergent; per l'Inghilterra: dottori S. P. James e Dale; per la Germania. prof. Nocht; per il Belgio e Colonie: dottori Van Campenhout e Broden; per il Brasile: dott. Humberto Gotuzzo; Per la Colombia: dott. Luis Cuervo Marquez; per l'Egitto: dott. Ahmed Bey Helmi; per il Hong-Kong: dott. Mokenny; per l'Olanda: dott. N. H. Swellengrebel, e molti altri.

Nell'America del Nord per il Board of Health il gen. Cumming, per la Fondazione Rockefeller il col. Russel hanno aderito al Congresso e rappresentanti sono i dottori Hackett, McCallum, Thayer, King, Barber; altre adesioni e rappresentanze sono aspettate. I proff. Strong, Bass, Fricks, Deeks ed altri hanno pure aderito.

Anche la Lega delle Nazioni a mezzo della Sezione Sanitaria, presidente il dott. Rajchman, ha aderito al Congresso.

L'autorità degli scienziati che interverranno conferirà a questo Congresso internazionale particolare interesse.

Il Comitato Esecutivo è così costituito: sen. E. Marchiafava, presidente; proff. V. Ascoli, A. Bignami, vice-presidenti; A. Dionisi, B. Gosio e M. Sella; segretari generali G. Bastianelli, A. Nazari.

XVII Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Si terrà a Trieste dal 24 al 27 del prossimo settembre e i temi generali sono i seguenti:

La costituzione in psichiatria; relatori: M. Kobylinsky e G. Vidoni;

Psichiatria e psicoanalisi; relatore: E. Weiss;

Terapia della paralisi progressiva; relatori: G. Modena, N. De Paoli e Mondini.

Del Comitato organizzatore presidente onorario è il sen. Attilio Hortis ed effettivo il dott. G. Pastrovich, direttore dell'Ospedale Psichiatrico prov. di Trieste.

Per le nostre risorse idrologiche.

Il XVI Congresso Nazionale di Idrologia in Montecatini (10-15 giugno) votava i due seguenti ordini del giorno:

« Il XVI Congresso Nazionale di Idrologia fa voti che in ogni libro destinato all'insegnamento universitario e nel quale si tratti di « terapia », vengano illustrate, o almeno degnamente ricordate, le principali Stazioni termali ed acque minerali italiane; e, mentre plaude vivamente alla recente deliberazione della Facoltà Medica di Pisa per l'insegnamento della Idrologia, fa voti che tutte le Università del Regno istituiscano al più presto il detto insegnamento. -- P. PICCININI, U. MARINI, S. GAVAZZENI, C. LOTTI ».

« Il XVI Congresso Nazionale di Idrologia plaude vivamente alla iniziativa dell' « Istituto Nazionale per la Espansione Economica Italiana all'Estero », riguardante i Medici Italiani residenti fuori dei confini della Patria, e fa voti perchè tale iniziativa abbia completo coronamento. mentre invia un fervido saluto ai Colleghi tutti che all'estero onorano il nome d'Italia. — P. PICCININI, E. DI TOMMASI, E. SACCANI, A. BOTTI ».

La iniziativa di cui si parla nell'ordine del giorno suesposto, è già stata largamente notificata, e si riferisce ad un censimento, con raccolta di notizie precise, che il surricordato « Istituto Nazionale per la Espansione Economica Italiana all'Estero » ha in corso, per il tramite dei RR. Consoli ed Agenti Consolari italiani che si trovano in ogni paese civile.

Il IV Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie (Torino, 14-17 giugno) approvava in massima i due precedenti ordini del giorno, sia in quanto essi si riferiscono particolarmente alle Industrie Idrologiche, che sono parte integrante importantissima di quelle Sanitarie in senso lato, e sia in quanto, il secondo specialmente, può avere riferimenti multipli alla espansione di ciascuna Industria Sanitaria.

Più particolarmente il Congresso di Torino discuteva quanto ha riferimento alla *Stampa Medica* nei suoi rapporti con le Industrie Sanitarie, e approvava il seguente ordine del giorno:

« Il IV Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie, considerato quanto sia fondamentale per dette Industrie l'appoggio della *Stampa Medica*, la quale rappresenta il grande tramite per cui agli industriali perviene notizia esatta dei progressi medici, ed ai medici arriva la manifestazione dei reali progressi della seria produzione industriale; fa voti che sempre meglio gli industriali del ramo sanitario si persuadano della somma importanza della *Stampa Medica* e diano volenterosi l'equo ed onesto appoggio che essa richiede, mentre è incommensurabile l'appoggio che la *Stampa Medica* può dare, e dà, alle Industrie Sanitarie. — P. PICCININI, G. OLIARO, A. BOTTI ».

Conferenze presso l'Ordine dei medici di Roma.

Nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma sarà svolta una serie di conferenze per la illustrazione di importanti temi di medicina e di chirurgia.

L'incessante progresso degli studi medici, segnatamente nel campo delle osservazioni cliniche e dei moderni concetti o mezzi di terapia, potrà così avere la più utile propaganda.

Tale iniziativa dell'Ordine ha per scopo principale di facilitare lo scambio di idee e di osservazioni su i più vari problemi di patologia, di agevolare la conoscenza circa gli importanti moderni studi in materia e di rendere sempre più larga e più pronta la conoscenza di ogni modificazione o nuovo mezzo di cura, venendo in tal modo a stabilire un'intesa altamente proficua tra lo scienziato e il medico pratico.

I Medici inscritti all'Ordine, ai quali sono dedicate tali conferenze illustrative, avranno tempestiva partecipazione delle date delle singole conferenze, e dei temi e dei conferenzieri.

Il ciclo di conferenze è stato inaugurato il 4 corr. dal prof. Vittorio Ascoli il quale ha trattato davanti a una sala affollatissima il tema: « La malaria cronica ». La conferenza interessò molto gli intervenuti, i quali calorosamente applaudirono il clinico di Roma.

Per il sen. Mangiagalli.

La Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Milano ha votato un ordine del giorno col quale, « considerando che il prof. sen. Luigi Mangiagalli — titolare della cattedra di Ostetricia e Ginecologia della Università — col 31 luglio 1925 verrà a trovarsi nelle condizioni previste dalla legge che colloca a riposo i professori che hanno compiuto il 75° anno di età; considerando le benemerenze di lui come scienziato, come didatta, come clinico, come operatore, come filantropo e come cittadino; considerando in modo particolare che egli è stato l'ideatore ed è stato ed è il tenace fervente organizzatore della nuova Università di Milano; considerando infine il danno gravissimo che alla Facoltà medica deriverebbe dalla mancanza dell'uomo che tanto la illustra, fa voti perchè il Ministro della P. I. provochi da parte del Governo un particolare provvedimento legislativo, in virtù del quale il prof. sen. Luigi Mangiagalli, a deroga delle disposizioni contenute nella legge predetta, sia mantenuto nell'ufficio di professore di ruolo di Clinica ostetrica e ginecologica della R. Università di Milano ».

In onore di Tanzi.

Ricorrendo, nel gennaio 1926, il 70° compleanno di Eugenio Tanzi, gli allievi di lui, che nella Clinica di San Salvi passarono anni giovanili e sul suo esempio s'accesero d'amore per la ricerca scientifica, vogliono esprimere l'affetto e l'ammirazione che li lega all'amato Maestro dedicandogli un volume di lavori originali, che conterrà anche un cenno storico-descrittivo sulla Clinica di San Salvi, alla cui organizzazione e direzione Eugenio Tanzi ha dedicato trent'anni, portandola a meritata rinomanza nel mondo scientifico internazionale.

Il volume uscirà nel gennaio 1926. Non sarà messo in commercio. Verrà stampato in esemplari numerati per i sottoscrittori e sarà un pregevole campione dell'arte tipografica.

Il prof. Ernesto Lugaro, sicuro di far cosa grata agli amici e agli ammiratori del festeggiato, ha rivolto loro invito all'adesione; e il contributo individuale, che darà diritto ad un esemplare del volume, è stato fissato in L.it. 150, che potranno essere inviate al prof. Lugaro (via Pastrengo 16 - Torino) come segno della prenotazione.

Onoranze al prof. Nicola Pende.

Dovendo il prof. Nicola Pende lasciare definitivamente la cattedra di Clinica Medica Generale della Università di Bari per occupare, col nuovo anno accademico, la stessa cattedra della Università di Genova, il Corpo Accademico e gli Studenti dell'Università di Bari, per esprimere all'eminente Clinico tutta la considerazione in cui egli è tenuto e quanto rimpianto lascia nell'Università di cui è stato l'artefice maggiore, domenica 21 giugno, gli resero solenni onoranze, facendo coincidere queste con la lezione di chiusura del corso di Clinica Medica.

Un Comitato di professori, assistenti e studenti, all'uopo costituitosi, presieduto dal prof. Favaro, chiese ed ottene che la Facoltà, con voto unanime, intitolasse l'aula di Clinica Medica al nome di Nicola Pende.

In più, con fondi raccolti da sottoscrizione tra i componenti il Corpo Accademico e tra gli studenti, fu offerta all'illustre figlio di Puglia una ricchissima targa di oro, con dedica affettuosa e con riproduzione in miniatura dell'Ateneo, sede dell'Università di Bari. Per il Corpo Accademico parlò il prof. Favaro e quindi uno studente portò al Maestro il saluto affettuoso e grato di tutti gli altri studenti. Rispose, vivamente commosso, il prof. Pende. La cerimonia, tenuta in una linea di austerità solenne, riuscì una grande manifestazione di stima all'Uomo che, con impareggiabile tenacia, volle e seppe, quasi da solo, creare la grandiosa facoltà di medicina dell'Adriatico.

L. Q.

In memoria di B. Grassi.

Il 28 giugno venne scoperta a Fiumicino (Porto) una lapide in ricordo dell'opera antimalarica svolta con tanta abnegazione dal compianto sen. prof. Battista Grassi.

L'iscrizione, dettata da uno dei contadini beneficati, Giulio Brunetti, dice:

« In questa plaga micidiale per la malaria, Battista Grassi, senatore del Regno, scienziato insigne, intraprese lo studio e la lotta, con benefici effetti per questa popolazione, che grata per l'opera altamente umanitaria da Lui sostenuta, questa lapide pose — XXVIII - VI - MCMXXV ».

Numerosi oratori esaltarono la memoria del Grassi e si rivolsero alle autorità sanitarie centrali e locali, affinchè l'opera intrapresa sia continuata, ciò che varrebbe a tenere accesa una fiamma di gratitudine nella popolazione e a documentare l'attività che l'illustre scienziato seppe esplicare anche nel campo pratico.

Il corso per assistenti sanitarie di fabbrica.

Il corso per assistenti sanitarie di fabbrica, istituito dalla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali, si è svolto dal marzo al giugno u. s. ed è stato seguito col maggiore interessamento da un considerevole numero di allieve dotate di un'ottima preparazione fondamentale.

Il programma comprese insegnamenti di medicina sociale, di diritto assicurativo, d'igiene e di legislazione tenuti rispettivamente dai proff. Levi, Biondi, Pisenti, Loriga e Giannini; e venne integrato da varie conferenze sugli aspetti più importanti della patologia del lavoro, della infortunistica e della psicotecnica, affidati ai più noti maestri di queste importanti discipline.

Di tutte le allieve iscritte al Corso in numero di 47, divise tra ordinarie ed uditrici, si presentarono agli esami 26 frequentatrici appartenenti alla prima categoria.

Esse conseguirono tutte il diploma istituito dalla Cassa nazionale, dando prova di grande profitto e di una ragguardevole preparazione ai nuovi còmpiti di assistenza sociale.

Dieci delle esaminate conseguirono i pieni voti assoluti e tre riportarono anche la lode, raggiungendo così il requisito per l'assegnazione dei premi di profitto, stabiliti rispettivamente in L. 1000 e 1500.

Ordinanze di sanità marittima.

Con ordinanza di Sanità Marittima le provenienze dall'isola di Syra (Arcipelago Greco) sono state sottoposte alle misure prescritte dall'Ordinanza di Sanità Marittima del 1° settembre 1907 modificata con D. M. 30 agosto 1911, contro la peste.

Con ordinanza di Sanità Marittima il porto di Bari è stato ammesso a compiere, a partire dal 1° luglio 1925, le operazioni di sanità marittima previste dalle ordinanze di sanità marittima del 1° settembre 1907, modificata con D. M. 30 agosto 1911, e del 15 marzo 1924.

Per disciplinare la vivisezione.

Nella tornata del 13 maggio il Senato del Regno ha discusso ed approvato un disegno di legge proposto dal sen. Garofalo ed accolto dal ministro dell'interno in nome del Governo. Esso dispone che le esperienze sugli animali siano fatte solo su licenza speciale, da accordare per ragioni specifiche ai professori ed al personale assistente d'istituti scientifici superiori; che non si devono ripetere esperienze già eseguite; che gli animali siano anestetizzati.

È certo che i progressi delle scienze biologiche sono stati resi possibili solo dalle esperienze *in vivo*, le quali, pertanto, non devono essere intralciate. Conveniamo che siano da riprovare tutte le crudeltà inutili; ma evidentemente le disposizioni di cui sopra non possono esercitare che una sanzione d'ordine morale.

Viaggio di studi medici in Francia.

Il 19° Viaggio di Studi Medici (V.S.M.) avrà luogo dal 2 al 15 settembre, nei Vosgi, sotto la direzione scientifica del prof. Paul Carnot. Il prezzo del viaggio è fissato in franchi 1150; esso comporta la totalità delle spese dal luogo di concentrazione (Vittel) a quello di dislocazione (Parigi). Per il viaggio dalla frontiera o dal luogo di residenza in Francia al luogo di concentrazione è accordata una riduzione del 50 % sulle ferrovie francesi. Per i paesi a cambio basso (Belgio, Bulgaria, Czeco-Slovacchia, Estonia, Francia, Italia, Romania), saranno probabilmente accordate restituzioni parziali del prezzo, grazie a sovvenzioni e concorsi richiesti *ad hoc*. Le domande d'iscrizione possono indirizzarsi fin da ora al dott. M. Gerst, boulevard Flaudrin 94, Paris (16e). Il versamento delle quote sarà fatto dopo l'iscrizione.

Il Dizionario Sanitario Italiano.

Sarà edito da « Roma Sanitaria » in appendice alla Guida Sanitaria di Roma e Provincia. Conterrà l'elenco di tutti gli specialisti divisi per Categoria e per Regione; l'elenco alfabetico delle Case di Salute e delle Stazioni Termali. Rivolgersi a via Liberiana 17, Roma.

Ai colleghi laureati in Roma nel 1885.

Si vuol festeggiare con un banchetto in Roma il 40° anno del nostro esercizio professionale. Chi intende intervenire mandi al sottoscritto la propria adesione con l'indirizzo. A suo tempo riceverà l'avviso relativo.

Dott. IGNAZIO DE NICOLA
Roma - Babuino, 79.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 20 feb. — H. BÖKER. Morfologia biologica e medicina. — L. R. GROTE e a. Ricerche antropometriche e mediche su studenti. — ESCHERNING. Singulto grave su base influenzale; terapia. — H. EDELBERG e J. S. GALANT. Dismenorrea psicotraumatica.

Lancet, 21 feb. — C. BRISCOL. La diagnosi della paralisi unilater. del n. frenico. — H. N. C. GEYZET KELAART. Infezione paratifica da *B. columbensis* Castellani.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., 10 feb. — V. CATHALA e G. BARBARO. Esiste la superfetazione?

Bost. Med. a. Suarg. Journ., 22 gen. — A. L. CHUTE. Diagnosi di litiasi vescicale.

New York State Journ. of Med., 16 genn. — R. MCPHERSON. La tossiemia convulsivante della gravidanza e sua cura.

Haematologica, 5. — A. BONOME. Alterazioni degli org. ematopojetici nell'itterizia da ristagno biliare. — T. VASILIN. Studio degli emoistoblasti di Ferrata. — A. O. WJERESZINSKI. Le cellule libere degli essudati sierosi. — O. LUBARSCH. Teoria della trombosi e dell'embolia. — A. CESARIS DEMEL. Origine delle piastrine. — A. FERRATA. Istogenesi della leucemia granulocitica. — C. GAMNA. Splenogranulomatosi siderotica.

Arch. di Antrop. crim., ecc., VI. — A. ANTONIBON. Azione tossica del petrolio. — G. LOMBROSO FERRERO. Fantasia e criminalità femminile.

Boston Med. a. Surg. Journ., 8 gen. — S. WOODWARD. Il vaiolo negli Stati Uniti.

Gaz. d. Hôp., 20 e 22 gen. — H. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX e J. RATHELOT. Algie cruro-sciatiche sintomatiche di fratture sconosciute del collo femorale.

Rev. españ. de Med. y Cir., gen. — D. MOXÓ. Diagnostica funzion. del duodeno nella pratica corrente. — J. SERRET TRISTANY. Ventilaz. dei dormitori di truppa.

Presse Méd., 21 gen. — P. KERVRANN. La pronazione dolorosa dei fanciulli.

Journ. d. Prat., 17 gen. — A. CHAUFFARD. Malattia amiloide.

Lancet, 24 gen. — J. SHERREN. Ematemesi e melena acuti. — M. SOMERSET. Malattie del seno e *Demodex follicolorum.*

Giorn. di Clin. Med., 20 gen. — L. PONTICACCIA. Milza e midollo osseo nei loro rapporti fisio-patologici.

Journ. de Méd. de Paris, 10 gen. — DE QUERVAIN. Trattam. dei gozzi.

Rass. Studi Sess. e Eugenica, nov.-dic. — ROMAGNA-MANOIA. La vita sessuale e il sonno. — F. DI NAPOLI. Supremazia della vita sessuale.

Bull. Ac. de Méd., 13 gen. — P. MERKLEN, WOLF e OBERLING. Lesioni omologhe nella madre e nel figlio; nefriti epiteliali e diabete.

Ann. di Med. Nav. e Col., nov.dic. — A. VIOLATO. Linfogranulomatosi inguinale benigna.

Riv. Ital. di Ginec., gen.-feb. — A. PISTUDDI. Gruppi sanguigni nel campo ostetr.-ginecol. — C. DECIO. Cura delle fistole vescico-vagin.

Buletinul Medico-Terapeutic, 1 gen. — J. SAIDAE. Gli accidenti nella cura della sifilide: profilassi e trattamento.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 11 gen. — G. A. PARI. Sindrome della coda equina da neoplasma pelvico.

L'Encéphale, feb. — A. WIZEL e L. BUESSAK. Cura della paral. gen. con l'inoculaz. di malaria. — L. HASKOVEC. Il tremore.

Zbl. f. inn. Med., 28 feb. — M. KLINGMÜLLER. La peristaltica dei capillari.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 1° mar. — W. MOLLOW. Trattam. dell'idiosincrasia chininica.

Bull. Méd., 25-28 feb. — L. DUFOURMENTEL. Le emottisi non polmonari.

Journ. Trop. Med. a. Med., 16 feb. — W. M. HEWEISON. Eziologia della febbre emoglobinurica.

Lancet, 28 feb. — B. H. SPILEBURG. Le ferite e il loro aspetto medico-legale. — P. LOCKHART-MUMMERY. Cancro ed eredità.

Practitioner, feb. — J. MACKENZIE. Problemi della medicina. — O. LEYTON. Entro quali limiti l'insulina possiede un potere curativo? — A. E. MORTIMER WOOLF. Diagnosi precoce di calcolosi biliare.

Gaz. d. Hôp., 31 gen. — P. MEIGNANT. Forme cliniche della gangrena polm.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 20 Luglio 1925 Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa. L'AMMINISTRAZIONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CROCE ROSSA ITALIANA - VALDOLTRA (TRIESTE)
OSPIZIO MARINO ELENA DUCHESSA D'AOSTA
diretto dal primario dott. EMILIO COMISSO.

Sul trattamento della tubercolosi articolare aperta col metodo Solieri

per il dott. MARIO BENCI, aiuto incaricato.

Nel congresso di chirurgia tenutosi a Firenze nel 1922, il Solieri presentava quattro ammalati già affetti da tubercolosi articolare aperta e trattati col suo metodo personale enunciato un anno prima al congresso di Napoli, ottenendo la guarigione clinica in tutti e quattro i casi. Il metodo Solieri fu provato in altre cliniche ed ospedali, molte volte con risultati buoni, altre volte con risultati scarsi, mai cattivi. Noi stessi, avendo a disposizione numerosi ammalati affetti da forme specifiche articolari fistolizzate, abbiamo voluto sperimentare tale metodo per vedere quale vantaggio se ne avesse sugli altri comuni metodi conservativi, e di tale trattamento è oggetto questa mia breve esposizione.

Il concetto del trattamento terapeutico alla Solieri è sorto dal vantaggio che alle ferite con processo infiammatorio in atto deriva dalla assoluta immobilità e dal toccarle il meno possibile, concetto avvalorato vieppiù nell'ultima guerra e dalle osservazioni del Ruggi e del Magni, e che si riassume nel principio di toccare quanto meno si può tutte le ferite interessanti ossa e articolazioni, con processo infiammatorio in atto. Il Solieri, considerati i costanti buoni risultati ottenuti per l'adozione di questo principio nella sua attività di guerra, ideò di applicare tale processo alle lesioni osteo-articolari specifiche aperte. Il metodo consiste nel trattare con gessature chiuse le forme tubercolari fistolizzate, come se le fistole non esistessero. Previo scucchiaiamento delle eventuali granulazioni esuberanti agli orli delle fistole e accurata disinfezione dei tramiti fistolosi, eventuale tricotomia per ampio tratto attorno le fistole e pulitura della cute con etere e alcool, si spalma ampiamente tutta la superficie cutanea intorno agli orifici fistolosi con pomata al dermatolo o comunque con unguento a base di grasso di maiale o con paraffina borica. Svolto uno strato non molto spesso di cotone idrofilo intorno alla regione malata e fistolizzata, si chiude l'arto in apparecchio

gessato occlusivo, seguendo le solite regole come per le altre gessature, avendo cura cioè di correggere la posizione dell'articolazione nell'eventualità di un'anchilosi a cura ultimata. Quanto tempo porta il paziente un apparecchio gessato? Ciò dipende dalla quantità di pus secreto dalle fistole, pus che va necessariamente a inzuppare e rammollire la gessatura, e in buona parte anche dalla tolleranza dell'individuo costretto a lungo andare a sentire intorno a sè lo sgradevole odore della marcia stagnante. Noi, come più tardi esporrò, tendiamo a mantenere la stessa gessatura in posto più a lungo possibile, rinnovandola solo quando le condizioni di conservazione sono tali da richiederne il rinnovamento. Tolta la gessatura vecchia, si cura la pelle e si rinnova l'apparecchio come prima descritto.

Finora per esperimentare il trattamento con questo metodo abbiamo scelto alcuni casi che per particolari ragioni più vi si adattavano. E questi casi passo a descrivere.

CASO I. — Ermanno B., d'anni 20 (Prot. n. 184-21). Entra l'11-7-21 per una vecchia gonilite datante dal 1914. Nel 15 si aprirono numerosi ascessi ossifluenti e le fistole si mantennero inalterate fino al giorno del suo ingresso all'Ospizio. All'Ospedale civile di Trieste negli anni dal 1915 al 1920 gli vennero applicate parecchie gessature. Gentilizio negativo. Anamnesi personale remota pure negativa. Al suo ingresso all'Ospizio il ginocchio sinistro si presenta fortemente tumefatto, di forma fusata. La pelle che lo ricopre è tesa, lucida, riccamente marezzata di vasi venosi. Undici fistole sono aperte tutto intorno al ginocchio, più numerose però al lato esterno, abbondantemente secernenti pus denso cremoso. Il ginocchio è rigido in estensione. Esiste forte ipotrofia muscolare a carico di tutto l'arto. Il paziente cammina caricando anche l'arto malato. L'ammalato viene sottoposto a trattamento elio-balneoterapico, gli si somministrano sali di calcio per via orale, s'inietta nelle fistole pasta jodoformica. Le condizioni locali non migliorano per tutto il 1921 e 1922, anzi le fistole aumentano fino a raggiungere il numero di 17, malgrado il trattamento avuto. Una radiografia eseguita il 28-6-23 dimostra una forte atrofia dei capi articolari tibiali e femorali con un sequestro incluso e consolidato nel condilo femorale esterno, ristrettezza dello spazio articolare con tendenza all'anchilosi fibrosa, deformazione dei capi articolari. Il 22-8-23 s'inizia una cura specifica a base di tubercolina: anche questa non serve a migliorare le condizioni del malato. Il 29-11-23, con le modalità prima descritte si applica una gessatura che viene portata un mese. Il 29-12 la gessatura, che è stata benissimo tollerata dal paziente, vien tolta. L'apparecchio si presenta quà e là macchiato di pus e dà modico odore. La cute è perfettamente conservata, le fistole sono molto pulite e assai ristrette, la secrezione è considerevolmente ridotta. Il 3-1-24 si applica la seconda gessatura che viene tolta il 4-2-24. Esiste lieve arrossamento cutaneo. Alcune fistole tendono a chiudersi, una è chiusa. La secrezione è scarsissima. La gessatura viene rinnovata solamente nel settembre. Nel frattempo lo stato delle fistole è rimasto immutato malgrado bagni marini ed elioterapia. Nel settembre si applica una nuova gessatura chiusa e l'ammalato viene dimesso per suo desiderio. Lo rivedo nell'ottobre u. s.: con la gessatura, benissimo tollerata, ha ripreso il lavoro. Il gesso è appena quà e là bagnato, la cute è perfettamente conservata. Restano aperte undici fistole con modicissima secrezione. Gli applico un'altra gessatura e lo rimando. Questo ammalato lo ho rivisto il 3-12-24. Le fistole son ridotte a 5 e son tutte addirittura puntiformi. La secrezione è quasi nulla. Pratico una radiografia che dimostra buonissima recalcificazione, guarigione dei focolai ossei che sono nettamente delimitati da addensamento osseo, anchilosi ossea in via di completamento. Applico al paziente ancora una gessatura e lo rilascio.

CASO II. — Egidio B., d'anni 11 (Prot. n. 420-23). Entra il 13-11-24. Gentilizio negativo, anamnesi personale pure. È ammalato di gonilite sinistra dal 1922. Portò apparecchi gessati. Nell'estate 1923 fece cura eliomarina. Nell'agosto 1923 si fistolizzò una raccolta purulenta al ginocchio. Al suo ingresso all'Ospizio il ragazzo si presenta fortemente deperito, oligoemico. Temperatura 39°. Organi cavitari sani. Il ginocchio sinistro è fortemente tumefatto (circonferenza alla linea articolare cm. 48 rispetto a cm. 23 del lato sano) dolentissimo, rigido in estensione completa. Superiormente al condilo femorale esterno si apre una fistola a orli irregolari, grande quanto un soldone. Secerne pus denso sporco in quantità. Inferiormente al condilo tibiale interno, ampia raccolta fluttuante coperta da cute tesa, paonazza, marezzata di vasi venosi. Vastissima superficie ulcerata alla faccia anteroesterna della gamba. Viene trattato con elioterapia e bagni marini caldi e immobilizzazione dell'arto con trazione. La radiografia dimostra grave atrofia dei condili femorali, meno dei tibiali. Rilevante usura del condilo tibiale mediale, piccoli focolai ossei disseminati a tutta l'epifisi femorale, periostite della tibia. Successivamente, il 20 e il 24-11-23 si aprono due fistole con abbondante fuoruscita di pus. Le condizioni generali e locali permangono gravi malgrado il trattamento avuto. Il 24-4-24 si applica una gessatura alla Solieri. Dopo un mese la gessatura è macerata e vien tolta. La pelle è lievemente arrossata, le fistole sono in condizioni invariate. È sensibilmente ridotta la tumefazione del ginocchio. Il 30-5-24 si applica la seconda gessatura che vien tolta il 2-7-24. Le fistole sono allo stato quo ma la vasta superfice granuleggiante alla gamba è completamente epitelizzata. Temperatura normale. Il 6-7-24 si applica la terza gessatura e con questa vien dimesso in cura a domicilio per rinnovato espresso desiderio dei famigliari. Si rivede il malato dopo due mesi, nel settembre 1924: la cute è lievemente arrossata ma è grandemente diminuita la circonferenza del ginocchio (cm. 38). L'aspetto delle fistole è molto migliorato. Fatta la teletta della cute, si riapplica la gessatura e vien dimesso. L'ammalato vien rivisto dopo tre mesi il 7-12-24. La gessatura è imbibita e diffonde notevole odore ma non come la volta precedente. Tolta la gessatura si trova la cute in perfette condizioni di conservazione. Vaste zone ulcerate attorno ai tramiti fistolosi sono

epitelizzate. La circonferenza del ginocchio è di cm. 33. Secrezione conservata. La radiografia dimostra erosione delle superfici dei condili tibiali e femorali e della rotula: il vero fungo del ginocchio.

CASO III. — Caterina P., d'anni 12 (Prot. n. 385-24). Entra il 2-8-24 per una forma specifica del ginocchio sinistro insediatasi su un terreno precedentemente colpito da flemmone. Null'altro di particolare nel gentilizio e nell'anamnesi personale. La gamba sinistra si presenta flessa a 160 gradi sulla coscia e in notevolissimo valgismo. Al terzo inferiore della coscia ed al terzo superiore della gamba si notano cicatrici di precedenti incisioni, e su queste numerose fistole abbondantemente secernenti. Un vasto decubito al calcagno profondo fino allo scheletro. Amplissime superfici esulcerate coprono il terzo superiore della gamba e grosse granulazioni esuberanti sporgono dai tramiti fistolosi. Temperatura 38°-39°. Data la forma gravissima e con ricchissima secrezione, applichiamo il metodo Solieri modificato nel senso di non usare un apparecchio gessato ma una fasciatura occlusiva con fascie amidate, la quale vien rinnovata ogni 10-12 giorni data la grande quantità di pus secreto. Si vuole in pari tempo saggiare la tolleranza della bambina alla fasciatura, per applicarle poi eventualmente l'apparecchio gessato. Dati i risultati ottenuti, quest'ultimo trattamento lo abbiamo iniziato appena da un mese. La bambina migliora intanto rapidissimamente. Viene sottoposta a regime recalcificante e all'elioterapia generale. Nelle successive medicazioni si estrae qualche sequestro affiorante dalle fistole. Le zone ulcerate si epitelizzano con grande rapidità. La temperatura è presto tornata alla norma. Oggi la gamba presenta completamente epitelizzate le piaghe granuleggianti. Permangono alcuni tramiti fistolosi a orli lisci, regolari, non esuberanti. Modica secrezione.

CASO IV. — Tullio P., d'anni 2 e mezzo (Prot. n. 13-23). Entra il 14-1-23 per osteite del gomito destro. Nonno paterno e padre morti per tubercolosi polmonare. Nulla da rilevare agli organi cavitari. Il gomito destro si presenta tumefatto, caldo, fusato, dolente alla palpazione, rigido in flessione a 80 gradi. Si rileva una raccolta alla regione della base dell'olecrano. Si sottopone alla elio-balneoterapia. Si aspirano ripetute volte le raccolte che successivamente si formano al gomito. Poi la raccolta si fistolizza il 21-3-23 alla faccia posteriore del gomito e il 30-5 al lato esterno. Le condizioni locali restano immutate fino all'agosto 1924. La radiografia dimostra distruzione dell'olecrano e del processo coronoide. La secrezione permane modica ma costante. Il 23-8-24 si chiude il gomito in apparecchio gessato che viene rinnovato una volta perchè diventato insufficente. Oggi una fistola è chiusa, l'altra è ridotta al minimo. La secrezione è quasi nulla. È permesso un movimento di flesso-estensione dell'antibraccio sul braccio per un angolo di 20 gradi.

CASO V. — Elda V., d'anni 5 (Prot. n. 337-23). Entra il 22-8-23 per tubercolosi del ginocchio sinistro. Nulla di notevole nel gentilizio. È ammalata dal febbraio 1923. Bambina gracile, deperita. Ricche fioriture ghiandolari regionali diffuse. Il ginocchio si presenta fortemente tumefatto, caldo, dolentissimo alla pressione. Si percepisce pure la capsula ingrossata. Il ginocchio è in posizione di estensione completa. La flessione attiva e passiva arriva ai 135 gradi. Più oltre suscita dolore. Sottoponiamo la bambina alla elio-balneoterapia e allo scarico dell'articolazione mediante trazione. Nell'ottobre si forma una raccolta al lato esterno della coscia, superiormente al condilo femorale esterno. Si aspirano alcune volte piccole quantità di pus specifico, poi la raccolta si fistolizza. Nel febbraio 1924 si apre una seconda raccolta superiormente alla prima. Nel marzo 1924 si applica una gessatura chiusa che fino al dicembre viene rinnovata quattro volte. Già dal settembre le due fistole sono chiuse. Oggi il ginocchio è perfettamente sgonfio, fresco, null'affatto dolente. La radiografia dimostra buona recalcificazione senza lesioni scheletriche. La bambina sin dall'agosto cammina caricando l'arto senza alcun risentimento.

Abbiamo passato in rapida rassegna questi pochi casi curati col metodo Solieri, casi che però bastano a guidare il nostro criterio nella scelta delle forme che si possono curare così. Quali conclusioni si possono trarre da queste osservazioni? Innanzitutto non abbiamo mai osservato vasti eczemi, epidermolisi o altre reazioni locali o generali dovuti al troppo lungo contatto del pus con la cute. Tutt'al più qualche lievissimo arrossamento che in pochi giorni, lasciato a sè, senza maggiore trattamento con unguenti o altro, guarì. Viene a cadere quindi la preoccupazione che si aveva di chiudere in apparecchio gessato una forma tubercolare aperta, nel timore che il pus ristagnando nelle fistole desse dei rialzi termici o aumento di volume della parte, oppure che il pus stagnando a lungo sulla pelle, la macerasse, con nocumento per il malato. Si è constatato che il pus continua liberamente a fluire dalle fistole e se ne imbibisce lo strato di cotone e il gesso. Abbiamo cambiato gli apparecchi gessati solamente quando le condizioni di resistenza degli stessi erano scadute al punto da renderli insufficenti, nè ci trovammo mai indotti a rinnovar la gessatura per altri motivi. Vediamo ora qual giovamento porti alle forme in parola il trattamento alla Solieri e quali ne sieno le indicazioni. Nei casi da noi trattati abbiamo visto costantemente diminuire rapidamente il volume della parte colpita con contemporanea diminuzione della secrezione che da densa cremosa, in tempo di solito breve, alle volte più lungo, è diventata sierosa con qualche frustolo caseoso. Le fistole, da ampie e beanti, in qualche caso anche rapidissimamente, si sono ridotte moltissimo e coll'ulteriore trattamento si sono anche chiuse. E ciò in un periodo di tempo sicuramente minore di quello che occorre per guarire un processo analogo non trattandolo con la gessatura chiusa. I dolori sin dai primissimi giorni scompaiono com-

pletamente, con soddisfazione e sollievo indicibili per il malato che fino a ieri ne era tormentato. Ulcerazioni cutanee superficiali abbiamo visto sparire in brevi settimane. I controlli radiografici parlano per una costantemente buona recalcificazione con netta delimitazione dei focolai ossei, mentre le distruzioni dei capi articolari sono, con questo metodo, ridotte al minimo. Le condizioni generali del malato, liberato dal dolore, risentono presto l'influenza benefica del mare e del sole e rifioriscono, mentre la temperatura scende e torna normale col successivo sparire della flora batterica che inquinava i tramiti fistolosi. Aggiungasi a ciò la eventuale azione autosieroterapica del pus, di cui parlerò più tardi. In quanto alle indicazioni, indubbiamente l'applicazione di un apparecchio gessato occlusivo è possibile non solo ma utilissima in tutte quelle forme aperte che anche nella cura sanatoriale richiedono una immobilizzazione assoluta. Tutti quei casi che una volta non si trattavano con la gessatura perchè erano forme aperte, malgrado ci fosse la opportunità di fissare l'articolazione, oggi si possono tranquillamente chiudere in apparecchio senza preoccupazione alcuna. Senza dubbio il trattamento chiuso usato negli istituti in cui si dispone di altri mezzi terapeutici adatti significa togliere il malato alla possibilità di essere sottoposto alla cura elioterapica locale e ai bagni di mare, come del resto avviene anche per le forme chiuse trattate con apparecchio gessato. Quando abbiamo delle forme fungose piagate, con forti fenomeni di attività, dolori vivissimi esacerbantisi ad ogni anche minimo movimento causato magari dalla necessità della medicazione, tumefazione della parte e compromissione dello scheletro, in questi casi la fissazione dell'articolazione, mettendo in riposo assoluto la parte malata realizza il postulato principale nel trattamento di queste forme, cioè, lo scarico e il blocco dell'articolazione, postulato non realizzabile in queste forme con la sola trazione. Ma oltre all'influenza benefica dell'immobilizzazione, il metodo Solieri agisce forse in altra guisa ancora. Il dottor Tedeschi di Forlì prospetta l'ipotesi che l'impacco di sostanze emesse dalle fistole e stagnante sulla cute, possa agire per una sua azione autosieroterapica percutanea, avendo osservato che effetto delle gessature chiuse applicate alle forme fistolizzate è un aumento considerevole del liquido emesso dalle fistole, specialmente nel tempo della applicazione. È questa un'ipotesi che oggi non si può nè asserire nè negare. Resta tuttavia dubbia, anche per il fatto che prima di applicare la gessatura si ha cura di spalmare abbondantemente la cute per largo tratto intorno alle fistole con paraffina, e forse effetto di ciò è il buono stato di conservazione della cute quando la gessatura vien tolta. Ci sono ancora dei casi nei quali la gessatura occlusiva si presta molto bene: quelli cioè che per ragioni sociali non si possono conservare alla cura sanatoriale. Il nostro secondo caso è quello che più avrebbe bisogno di cura ospedaliera, ma non la si può fare perchè la famiglia con insistenza richiede il bambino a casa. Certamente questo malato rinuncia al coefficente, tanto importante in queste forme, della terapia climatica, ma con la gessatura occlusiva si evita almeno che l'arto malato, che è grave assai, sia abbandonato a sè stesso. La gessatura mantiene il ginocchio in buona posizione per l'anchilosi futura, il trattamento di riposo e chiusura della grande superfice a torpida epitelizzazione alla regione antero esterna della gamba giova moltissimo a farla rapidamente cicatrizzare. Il paziente tollera benissimo e volentieri la gessatura, perchè questa, immobilizzando la parte malata, lo libera dai violenti dolori che prima erano suscitati da qualunque anche minimo movimento. Qui ancora la gessatura chiusa serve benissimo a isolare le piaghe dall'ambiente non sempre perfettamente igienico della casa di campagna e le toglie al pericolo di medicazioni insufficienti e di infezioni sicure. Abbiamo poi tutte le forme vecchie, prossime a guarigione, nelle quali il processo osseo quasi esaurito e la secrezione è mantenuta dai tramiti fistolosi, stretti e callosi: è il nostro primo caso. Un ragazzo di 20 anni è stato per 4 anni in cura nel nostro Istituto. La lesione all'osso è guarita con anchilosi del ginocchio in estensione, per cui, date le buone condizioni dello scheletro, l'ammalato può camminare benissimo. Restano aperte alcune fistole che mantengono una scarsa secrezione e stentano a chiudersi, impedendo che l'ammalato possa essere dimesso perchè richiederebbero una medicazione giornaliera che egli a casa non può avere. Si applica un apparecchio gessato occlusivo che gli vien rinnovato ogni due mesi e l'ammalato torna in famiglia. Nel caso terzo abbiamo applicato il metodo leggermente modificato: qui non abbiamo adottato l'apparecchio gessato, ma la fasciatura amidata ripetuta a lunghi intervalli, ricordando il motto: « Raro me tangas », tanto utile nelle forme con ampie piaghe a esuberante granulazione, riservandoci di costruire la gessatura chiusa quando avessimo constatato la buona tolleranza da parte dell'ammalata. E di fatto ottenemmo rapidissimamente il disfacimento completo del tessuto esuberante e stimolo al processo di riparazione. Oggi delle piaghe granuleggianti resta una superfice cicatriziale liscia, bianca lucente. Permangono le fistole con modica secrezione senza bottoni carnosi esuberanti e la malata porta il suo apparecchio gessato. Al caso quarto applicammo la gessatura oc-

clusiva quando erano aperte ancora due fistole perchè ci trovammo nella necessità di provvedere a un buon atteggiamento in previsione della futura anchilosi del gomito. Non ci preoccupammo della secrezione e lasciammo la gessatura in posto per tre mesi. Oggi una fistola è chiusa, l'altra sta per chiudersi. Il gomito è fresco e sgonfio e conserva ancora un modico grado di escursione nella flessione ed estensione dell'avambraccio sul braccio.

A conclusione di queste mie osservazioni, io credo che la gessatura occlusiva secondo Solieri possa essere annoverata fra quei mezzi terapeutici che nella tubercolosi chirurgica hanno una efficacia diretta sul processo morboso come avviene per le forme chiuse così trattate, aggiungendosi nelle forme aperte il vantaggio che si ha dall'essere le fistole e le piaghe costantemente al riparo dagli agenti infettivi esterni e quello che deriverebbe dall'azione autosieroterapica del pus. Il metodo Solieri serve benissimo quando si deve permettere una cura parzialmente condotta a domicilio. Non è però a credere che si possa guarire un ammalato di tubercolosi chirurgica tenendolo a casa e trattandolo con la sola gessatura. Questi malati, di solito debilitati e poveri di energie organiche, solo in un ambiente climatico sanatoriale possono ritrovare le condizioni migliori per essere posti in istato di difesa tale da poter resistere e vincere il male. Resta l'obiezione che si potrebbe muovere a questo trattamento: essere cioè possibile nelle forme aperte che debbono essere fissate, di aprire una finestra nella gessatura, in corrispondenza delle fistole. Questo sarebbe tecnicamente possibile in quei casi in cui le fistole non fossero molto numerose. Ma l'aprire una finestra nell'apparecchio nuocerebbe anzitutto alla solidità dello stesso; di più verrebbe a cadere la possibilità dell'eventuale azione autosieroterapica del pus sulla cute, azione che se non è ancora effettivamente dimostrata, non è però neanche negata; si rinuncerebbe infine alla certezza di poter mantenere le fistole al riparo da infezioni esterne.

La tintura d'jodio per via endoperitoneale nella peritonite tubercolare

per il dott. EMILIO SARTORELLI.

Da quando il fortunato errore diagnostico di Spencer Wells aperse una nuova via alla cura della peritonite tubercolare, la contesa tra medici e chirurghi si trascinò con alterna vicenda e vario accanimento per anni e anni, e neanche oggi si può dire ch'essa sia del tutto spenta, essendovi ancora sostenitori egualmente autorevoli dall'una e dall'altra parte, che appassionano nella polemica il pubblico medico. Ma pur dimostrando la pratica di ogni giorno non esservi nulla di assoluto in tale campo, come del resto per tutti i metodi di cura delle varie malattie, ove il criterio del medico deve regolarsi caso per caso nell'adozione dell'uno piuttosto che dell'altro sistema, è certo fuor di dubbio che in questi ultimi anni la chirurgia della p. t., di fronte all'incalzare dei rimedi di pertinenza medica, ha dovuto cedere in gran parte il campo, riducendosi sempre più il numero delle indicazioni che reclamano il suo intervento.

Ed è appunto perciò che, avendo potuto osservare degli ammalati di p. t. che guarirono con mezzi semplici e pratici, laddove a prima vista sembrava che l'unica via da tentarsi fosse quella laparotomica, credo non del tutto inutile riferire qualche caso in cui ho ottenuta una rapida e indiscutibile guarigione ormai convalidata dal tempo, con la semplice paracentesi seguita da un lavaggio peritoneale con acqua iodata.

CASO I. — Aprile 1922. M. T., d'anni 50, da Povoletto. Madre morta di malattia di petto, padre vivente e sano, così pure due fratelli e tre sorelle. La paziente afferma di non aver sofferto malattie degne di nota, prima dell'attuale. Ammette però di essere stata sempre anemica e di aver dovuto spesso sottoporsi a cure ricostituenti. Sposatasi a 23 anni ebbe un aborto e quattro figli, di cui tre sani ed uno di aspetto rachitico, soggetto sempre a forme bronchiali. Ha avuto la menopausa circa due anni fa. Le funzioni genitali furono sempre normali. Esclude di essersi contagiata di sifilide o di malattie veneree. È abitualmente stitica.

Da qualche settimana soffre di inappetenza e disturbi digestivi con conseguente dimagramento e diminuzione delle forze. Riferisce inoltre che da cinque o sei giorni, in seguito a modica febbre e a leggeri dolori addominali, ha cominciato ad accorgersi che il ventre va progressivamente e rapidamente aumentando di volume, fino a darle disturbi della respirazione e a costringerla a stare con le vesti slacciate. Attribuendo ciò all'abituale stitichezza, prese dei purganti ma con effetto nullo, finchè impensierita dall'accrescersi dei dolori e dalla difficoltà di emettere l'orina si decise a chiamare il medico.

E. O.: Donna di mediocre costituzione con pannicolo adiposo scarso; sviluppo scheletrico regolare; cute pallida, olivastra, con mucose scolorate: non si palpano ghiandole. Lingua secca, leggermente patinosa. Esame del torace negativo; cuore un po' spostato a sinistra, con toni impuri alla punta. L'addome è fortemente convesso, con la massima altezza in corrispondenza dell'ombelico, non espanso sui lati, cioè a forma di obice: ha la cute tesa e lucente, senza evidente reticolo venoso da circolo collaterale. Con la palpazione, che riesce a tratti dolorosa, si mette in evidenza un'ascite a fluttuazione netta, meno in pochi punti, che si rende manifesta tanto percuotendo da un lato all'altro con la paziente di decubito dorsale, quanto dall'avanti all'indietro, in posizione seduta. Lungo la linea

alba e nella fossa iliaca sinistra, respingendo il liquido con opportune manovre, si avvertono delle masse dure, bernoccolute, mobili, dolenti alla pressione, a confini indistinti. Non si avverte il fremito amidato. La percussione dà suono ottuso nei due terzi inferiori dell'addome, tanto in avanti che sui lati, meno in una piccola zona della fossa iliaca destra. I limiti di questa ottusità non subiscono notevoli mutamenti col variare della posizione del soggetto. Il fegato è nei limiti normali. L'esame ginecologico è negativo.

Esame delle orine: Quantità giornaliera 600 cmc.; aspetto torbido biancastro; P. S. 1025; lieve albuminuria; fosfati in abbondanza: nel sedimento cristalli di ossalato di Ca e cellule delle vie orinarie.

Estratto con puntura esplorativa un po' di liquido ascitico a scopo di esame, esso appare di aspetto limpido, di color giallo citrino; reagisce positivamente alla prova del Rivalta e contiene quasi soli linfociti nel sedimento.

Per quattro o cinque giorni sottopongo l'a. a regime latteo, a clisteri, ed a blandi diuretici. La quantità giornaliera delle orine aumenta fino ad un litro; l'albumina scompare del tutto, ma l'ascite non diminuisce, anzi tende ad aumentare, come denota il maggior imbarazzo respiratorio della paziente.

Pur apparendo chiaro trattarsi di peritonite tubercolare (della forma ascitica fibrosa), pratico a scopo di studio la cutireazione alla tubercolina (I. S. M.), che riesce positiva.

Temp. 37°,2 alla mattina, 38° la sera. P. 90-110. R. 26-28.

Il 2 maggio 1922 prospettate all'a. tutte le varie possibilità di guarigione, e prima di tutto l'inoltro in ospedale per la laparotomia, che essa rifiuta assolutamente, dopo nuovo accurato esame dell'addome allo scopo di eliminare i pericoli della paracentesi, decido, come altre volte avevo fatto in simili casi, di procedere all'evacuazione dell'essudato, facendo seguire ad esso una lavatura del cavo peritoneale con acqua iodata. Posti dunque a sterilizzare per tre quarti d'ora in una caldaia due trequarti, un comune irrigatore con recipiente in vetro da due litri e quattro bottiglie di acqua chiuse con cotone, da un litro ciascuna, previa anestesia locale con novocaina, pianto i due trequarti in due punti simmetrici e opposti dell'addome, ove la fluttuazione è più netta, e dò esito a 5 l. di liquido ascitico, che esce in breve tempo e senza difficoltà, avendo naturalmente gli stessi caratteri di quello estratto pochi giorni prima per l'esame. Prima che tutto l'essudato sia uscito, innesto la cannula dell'irrigatore su uno dei trequarti, versando due delle bottiglie di acqua bollita nell'irrigatore stesso e aggiungendovi a goccia a goccia una soluzione di tintura d'iodio al 4 % preparata nel giorno stesso, in modo da aumentare la concentrazione gradatamente di mano in mano che il liquido passava in cavità, e ciò per non provocare fatti irritativi del peritoneo. Quando tutta la soluzione è passata attraverso il cavo peritoneale, uscendo per l'altro trequarti, verso le altre due bottiglie nell'irrigatore, aggiungendovi di colpo tutta la tintura d'iodio rimasta, in modo da ottenere una concentrazione del 2 % circa. Allora, chiusa la chiavetta del trequarti di uscita, in modo che tutta la soluzione possa raccogliersi in cavità e lasciato defluire tutto il liquido dall'irrigatore, comincio a praticare un lieve massaggio dell'addome, che dopo qualche minuto credo prudente sospendere, accusando la paziente qualche dolore di ventre. Apro quindi le chiavette dei trequarti e lascio uscire il liquido immesso che appare più decolorato: i dolori cessano quasi subito. Levo i trequarti, ne chiudo i fori con collodion e lascio la p. in buone condizioni, dopo averle fasciato l'addome piuttosto strettamente.

Nei giorni successivi prescrissi immobilità assoluta, pennellature quotidiane di tintura d'iodio all'addome e in seguito preparati iodici per via orale.

Ancora il giorno dopo tale intervento l'a. era apirettica ed in tutto il decorso ulteriore della malattia ebbe solo una volta una temp. serale di 37°,2. Il respiro ed il polso tornarono subito normali e le condizioni generali migliorarono rapidamente, tanto che circa 20 giorni dopo cominciò ad alzarsi per qualche ora. Eseguita un'attenta palpazione dell'addome alcuni giorni dopo evacuata l'ascite, riscontrai che questa non si riproduceva, ma si palpavano ben distinte quelle voluminose masse bernoccolute che avevo avvertite ancora al primo esame, sotto l'ombelico e nella metà sin. inf. dell'addome. Tali masse, la cui presenza non dava disturbo alla paziente, e che io interpretavo come neoformazioni granulomatose, andarono lentamente ma gradatamente rendendosi meno manifeste, finchè due mesi dopo non si riscontrava alla palpazione profonda più alcun segno di indurimento. La cura fu poi continuata nei mesi successivi con l'elioterapia a cui l'a. si sottopose con assidua costanza per tutta l'estate.

D'allora essa non ebbe più bisogno di ricorrere al medico ed oggi gode di perfetta salute.

CASO II. — Dicembre 1922. M. A., d'anni 6, da Savorgnano. Padre morto di tubercolosi polmonare durante il servizio militare; madre sana; un fratellino morto di meningite e una sorella affetta da coxite. Da circa un mese, a detta dei famigliari, è profondamente deperito e soffre di disturbi intestinali (ora costipazione, ora diarrea), e da circa una settimana l'addome ha cominciato a gonfiarsi.

E. O.: Bambino molto deperito, con torace rachitico; pannicolo adiposo quasi scomparso; ghiandole evidenti e pronunciate all'inguine, alle ascelle e alle regioni sopraclavicolari. Nulla all'apparato respiratorio, nè al cuore. Addome prominente, a forma di obice, con fluttuazione ben manifesta. La temperatura si aggira fra i 36°,9 e i 38°,2.

Praticatagli una puntura esplorativa, si estrae un liquido chiaro, citrino, che risponde positivamente alla prova del Rivalta: linfociti nel sedimento. Orine scarse, ma senza albumina.

Incoraggiato dal buon esito avuto nel caso precedente, pratico al piccolo a. la paracentesi, facendogli passare attraverso il cavo p. un litro di acqua bollita, tiepida, con sciolti 10 gr. di tintura d'iodio fresca, con la stessa tecnica usata nel caso di prima.

Il p. non ebbe che qualche lieve dolore di ventre sul momento, ed il decorso successivo della malattia fu regolarissimo. La temperatura si abbassò quasi subito; il liquido ascitico si riprodusse in parte, ma dopo un mese era scomparso di nuovo. Le condizioni generali andarono lentamente, ma progressivamente migliorando. Sei mesi dopo in piena convalescenza potè completare la cura sulla marina di Grado.

Di fronte a questi due casi qualche altro potrei citare, che ho curato con mezzi analoghi, se non mi mancassero le storie cliniche, avendo perduto di vista gli ammalati da lungo tempo. Ricordo però, che durante il tempo della mia prigionia nel 1918, avendo avuto la possibilità di esercitare nelle terre invase nei pressi di Vittorio Veneto, ebbi a curare in quel periodo quattro o cinque casi di peritonite tubercolare. In due di questi, non sapendo più quali mezzi tentare, data anche la mancanza assoluta di strumenti, di medicinali e di ogni mezzo di studio, praticai la paracentesi con un comune trequarti, ma l'ascite si riprodusse e i malati non ebbero alcun giovamento. In un caso invece, ricordandomi che Dieulafoy usò con successo la tintura d'iodio in dose alta e piuttosto concentrata, dopo evacuato il liquido iniettai attraverso il trequarti stesso in cavità perioneale (si trattava di un bambino), mezzo litro di acqua bollita con entro 20 gr. circa di tintura d'iodio. Indi feci un breve massaggio, poi essendo insorti subito acuti dolori di ventre, impressionato mi affrettai a dar esito al liquido attraverso la cannula rimasta in sito, temendo chi sa quali conseguenze: invece, dopo circa un'ora, i dolori cessarono ed il piccolo ammalato, che aveva avuto il giorno dopo lieve albuminuria, andò gradatamente rimettendosi e l'ascite più non si riprodusse.

Lasciato il malato in ottime condizioni all'epoca dell'armistizio, seppi un anno dopo ch'era guarito del tutto. Attribuendo la piccola crisi immediata al fatto che la tintura d'iodio, di cui allora in mancanza di altra mi ero servito, era di vecchia preparazione e incoraggiato nondimeno dal successo finale di quel metodo di cura, ripresentandomisi l'occasione a quattro anni di distanza, ho voluto ritentare la prova con mezzi più appropriati e con maggiori cautele e l'esito è stato dei migliori.

Con l'esposizione in questi casi di un metodo di cura che non è certo una novità, ma solo una applicazione, o meglio una modificazione dei vecchi metodi del Dieulafoy, del Capparoni e di altri, che iniettarono la tintura d'iodio o l'iodoformio sotto varie forme nel cavo peritoneale per la cura della p. t., basandosi sul principio dell'azione modificatrice prodotta dall'iodio sulle sierose, introdotto in chirurgia da Velpeau, ho voluto portare il mio modesto contributo allo studio della p. t. con l'intenzione più che altro di attenuare la diffidenza di molti colleghi, i quali in genere hanno un sacro terrore di questi mezzi e preferiscono perciò affidare il paziente al coltello del chirurgo. Invece, quando si sappiano scegliere i casi adatti e cioè le forme ascitiche fibrose senza eccessive aderenze e con fluttuazione ben manifesta, che sono poi quelle che danno i migliori risultati anche nella laparotomia, tale metodo di cura non offre pericoli di sorta nè difficoltà alcuna nella tecnica dell'esecuzione; può venir praticato in qualunque condotta e dà di solito un rapido successo, che evita al malato, spesso ribelle all'idea di sottoporsi ad una laparotomia, un'operazione non indifferente e non sempre scevra di pericoli. Mi si opporrà che l'introduzione di tintura d'iodio nel peritoneo provoca spesse volte gravi incidenti, come coliche, singhiozzo, disturbi renali, fatti di depressione cardiaca, ecc., per cui anche venendo poi il malato a guarigione, il medico che si trova ad operare da solo s'impressiona, sì da desistere da altri tentativi del genere. Ma usando soluzioni debolissime ed in concentrazione progressiva, di mano in mano che l'irrigazione procede, i fatti irritativi sono ridotti al minimo ed il pericolo di assorbimento eliminato, purchè naturalmente ci si attenga alle cautele che il caso suggerisce e sopratutto si osservi che la sterilizzazione sia perfetta e la tintura d'iodio di fresca preparazione. Bisogna inoltre assicurarsi del funzionamento renale e stare all'erta per un eventuale *schok*, cosa che del resto succede non di rado ed in misura più grave nella toracentesi, operazione che nessun medico condotto si è mai astenuto dal fare per la considerazione di questo pericolo.

Concludendo, dall'esposizione di questi due casi mi sembra poter dedurre che la lavatura del cavo peritoneale con acqua iodata nella p. t. porta, in soggetti opportunamente scelti, alla guarigione, mettendo in giuoco press'a poco gli stessi fattori che sono chiamati in causa nel trauma laparotomico e cioè: in primo luogo, una iperleucocitosi locale che facilita la distruzione dei germi, provocata nell'un caso dall'azione modificatrice della tintura d'iodio, nell'altro dagli agenti esterni (aria, luce, ecc.), e dalle manovre di *toilette* peritoneale del chirurgo; in secondo luogo una rapida evacuazione dell'ascite che rimette la sierosa in grado di compiere le sue funzioni di assorbimento e quindi di autoimmunizzazione. Questi due fattori, con altri di ordine biologico, conducono alla trasformazione connettivale del tessuto granulomatoso, che costituisce il processo di guarigione (Giordano).

Di conseguenza, riservati sempre alla laparotomia i casi gravi, specie le forme fibro adesive in cui l'atto operativo è necessario sopratutto per la sbrigliatura delle aderenze, nelle forme comuni di ascite credo sia utile, prima di affidare il paziente al chirurgo, tentare il metodo di cui abbiamo parlato, perchè può fargli conseguire con minor rischio gli stessi vantaggi che otterrebbe con la laparotomia, portandolo cioè alla guarigione senza esporlo ad un trauma operatorio che non sempre è necessario e che non sempre è privo di spiacevoli conseguenze.

Povoletto (Udine).

RIVISTE SINTETICHE.

ISTIT. DI CLIN. MED. DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Prof. V. ASCOLI.

Il bismuto nella terapia della sifilide.

Rivista sintetica e critica

per il dott. GIORGIO GIORGI, cap. med. R. Esercito, assistente militare.

(*Contin., vedi fasc. precedente*).

INCONVENIENTI DELLA BISMUTO-TERAPIA.

Benchè il bismuto, come è stato dimostrato sperimentalmente, sia meno tossico degli altri due grandi antiluetici, tuttavia non è sempre perfettamente tollerato sino a non produrre fenomeni d'intossicazione e d'intolleranza. La letteratura è ricca delle osservazioni che si riferiscono a questi inconvenienti, i quali in genere non presentano carattere di gravità e sono meno frequenti che con gli altri antiluetici e solo raramente rendono necessaria la sospensione della cura.

Da ricerche sugli animali è stato dimostrato che il bismuto si diffonde in ogni parte dell'organismo, tanto che è stato rinvenuto negli organi toracici e addominali, nel cervello, nel midollo, nel liquido cefalo-rachidiano, come pure è stato notato che nelle intossicazioni sperimentali determina congestione del fegato, reni, polmoni e della mucosa gastro-intestinale. Le vie di eliminazione sono rappresentate dalle urine, feci, sudore, saliva.

La *stomatite* è la complicazione più frequente che si riscontra nel trattamento con il bismuto. La sua espressione più semplice e benigna è rappresentata da un orletto gengivale di color bleu lavagna che si inizia intorno ad un dente cariato od in corrispondenza di un deposito di tartaro. Con meno frequenza possono aversi delle macchie circoscritte sulla mucosa delle guancie, nei solchi labio-gengivali, sulle facce laterali e inferiori della lingua, sul velopendolo; più raramente può aversi una colorazione più o meno scura nella totalità della mucosa boccale. Nei casi un po' più gravi la listerella scura del bordo gengivale è accompagnata da gonfiore e dolore della gengiva, specie in una bocca mal custodita, determinandosi in tal modo la gengivite. Nei casi gravi si può giungere all'ulcerazione e al distacco della gengiva. In uno stato più avanzato si determina la stomatite ulcerosa, che in genere è secondaria alle manifestazioni pigmentarie e alla gengivite, accompagnata qualche volta da dolore ai mascellari, alito fetido e salivazione (Milian e Périn). Venne inoltre descritta da Simon e Bralez una stomatite vegetante con bottoni sporgenti sulla mucosa del palato. Però la stomatite bismutica non assume mai i caratteri di gravità della stomatite mercuriale. L'orletto gengivale è un inconveniente di lieve entità, la gengivite guarisce in 7-8 giorni, la stomatite in 2 o 3 settimane, le ulcerazioni regrediscono con applicazioni locali di polvere di neoarsenobenzolo. Queste complicazioni possono verificarsi al principio o nel corso del trattamento quando si adoperino i sali solubili, come possono manifestarsi dopo due o tre settimane, finita la cura, con i sali insolubili. Oltre a queste forme possono aversi dei fenomeni funzionali consistenti in odontalgia e salivazione che si manifestano subito dopo iniezioni di sali solubili, specie endovenose. L'odontalgia che viene anche chiamata « choc dentario » è caratterizzata da un dolore nevralgico acuto, di solito localizzato al mascellare inferiore, talvolta ad ambedue le arcate dentarie, il quale insorge immediatamente dopo l'iniezione e dura da pochi minuti a qualche ora. A volte è così violento da strappare le grida al malato e da impedire la continuazione della cura. La secrezione salivare è accentuata, ma in genere passeggera. A scopo profilattico per evitare la stomatite è necessario prima di iniziare il trattamento far curare i denti cariati, estrarre le radici, togliere il tartaro. Nei soggetti che hanno estesa carie dentaria ed una gengivite da tartaro è consigliabile astenersi di impiegare il bismuto.

Nel corso di una cura bismutica possono aversi delle *manifestazioni cutanee* che non presentano mai carattere di gravità. Queste forme vanno dal semplice prurito, raramente generalizzato, più spesso regionale, alle forme più varie. In genere il prurito si manifesta poco dopo l'iniezione, è momentaneo, benchè raramente possa permanere durante tutta la cura, con esacerbazioni dopo ogni iniezione e scompare col cessare del trattamento. Tra le eruzioni l'orticaria sembra la più frequente; può essere localizzata o generale, pruriginosa, talvolta accompagnata da edema o febbre, appare l'indomani dell'iniezione, persiste da 24 a 48 ore (Lepinay, Galliot, Hudelo e Rabut). Da Gaston e Pontoizeau in seguito ad iniezione endovenosa di bismuto colloidale, venne descritto un eritema papulo-squamoso del tronco. Dopo un'iniezione di « Trepol » venne osservato un eritema lichenoide da Nicols, Gatè e Lebeuf. Venne pure osservato un eritema scarlattiniforme, che può essere generalizzato (Galliot), può in secondo tempo trasformarsi in porpora (Levy-Fouckel), la quale può anche manifestarsi primitivamente (Fournier e Guénot, Simon, Hudelo e Rabut). Lortat-Joacob e Roberti descrissero un eritema scarlattiniforme precoce generalizzato con

edema, secrezione e desquamazione. Tutte queste forme eruttive possono essere fugaci o prolungate, precoci o tardive; in genere le reazioni cutanee precoci sono in relazione con le iniezioni endovenose e con i sali solubili.

Le *alterazioni renali* che possono determinarsi nell'intossicazione da bismuto si manifestano con albuminuria più o meno rilevante accompagnata o no da cilindruria. Di questo argomento si sono occupati Levy-Bing, Lacapère, Conterno, Radaeli, Clément Simon, Fournier, ecc. La nefrosi bismutica in genere è secondaria alla stomatite. Nei primi tempi in cui il bismuto venne introdotto in terapia, sembrava che la sua azione fosse particolarmente nociva sui reni, in seguito si è visto però che le albuminurie non sono frequenti e anche se accompagnate da cilindruria più o meno rilevante, regrediscono e guariscono rapidamente senza lasciare postumi non appena si sospenda la cura. Hudelo e Rabut su 10,000 iniezioni di bismuto hanno rilevato 4 casi di albuminuria, di cui uno solo un po' grave. Non furono mai descritti casi di morte per complicazioni renali. Lorta-Jacob e Roberti hanno curato col bismuto un malato già albuminurico. La cura provocò stomatite, ma non venne riscontrato aumento di albumina. Conterno che si è occupato della funzionalità renale in rapporto alla bismutoterapia afferma che il bismuto non è affatto controindicato nelle lesioni renali in genere, anzi può essere utile purchè usato con moderazione; si rende però necessaria una attenta sorveglianza della funzionalità renale senza però aspettare che compaia o aumenti l'albumina; il manifestarsi di una poliuria deve essere considerato il sintoma d'allarme. Venne anche notata colorazione molto scura delle urine (Hudelo e Rabut) senza essere in rapporto ad una lesione renale. Dal punto di vista delle alterazioni renali il bismuto è preferibile agli altri antiluetici.

A carico della *funzionalità epatica* in seguito a cura col bismuto si può dire che non siano state mai osservate alterazioni notevoli e persistenti. Sono stati descritti da Jeanselme, Fournier e Guénot, Hudelo e Rabut casi di ittero, ma di lieve entità.

Sulla *funzionalità gastro-intestinale* si può dire che i disturbi siano rari e poco marcati. A carico dello stomaco può manifestarsi pesantezza gastrica sino ad una sensazione di dolore all'epigastro, qualche volta accompagnata da sbadigli, più raramente è stato osservato senso di nausea con o senza vomito che può presentarsi nello stesso giorno o all'indomani dell'iniezione. Eccezionalmente possono aversi delle vere crisi gastriche con o senza febbre, accompagnate o no da vomiti (Hudelo e Rabut). A carico dell'intestino i disturbi sono anche più rari, sono state osservate crisi passeggere di diarrea. Inoltre sono stati descritti casi rari in cui si sono osservate manifestazioni emorragiche che alcuni mettono in rapporto con una deficiente funzionalità epatica. Drouet descrive un'ematemesi e un'emottisi, Simon una metroragia, Hudelo e Rabut un'emottisi, un'ematemesi, una metroragia e due epistassi; tutte però senza gravità e che non si sono ripetute con la ripresa del trattamento bismutico.

A carico del *sistema nervoso* Hudelo e Rabut hanno descritto vertigini, abbagliamenti, sensazioni di stordimento; fatti che farebbero pensare a perturbazioni vago-simpatiche. L'iniezione di bismuto può esssere seguita a breve distanza da angoscia toracica (Wallon), da palpitazioni, da sensazione di soffocamento, da sudorazione abbondante (Hudelo e Rabut), da congiuntivite passeggera (Spillmann). Simon subito dopo l'iniezione bismutica ha notato congestione al viso, cefalea, lacrimazione, sensazione di soffocamento. Questi fatti possono raramente accentuarsi sino al punto da assumere l'aspetto e il carattere di vere crisi nitritoidi. Drouet descrive una crisi nitritoide dopo un'iniezione di bismuto. Hudelo e Rabut dopo un'iniezione di « Muthanol » hanno osservato un caso di emiparesi nel lato dell'iniezione. Magnus descrive un caso di morte che si è manifestato dopo un'iniezione endovenosa di bismuto (Wismulen) in un malato che già aveva subìto una serie di sei iniezioni. La morte è sopraggiunta subito dopo l'iniezione, con arresto improvviso della respirazione e del polso, con contrazioni degli arti durate circa un minuto. L'autopsia la più minuziosa non ha permesso di rilevare la causa della morte. L'A. avanza l'ipotesi di uno choc anafilattico. Questo è il primo caso di morte riscontrato nella letteratura.

Inoltre sono state osservate durante la cura bismutica delle cefalee più o meno temporanee, raramente persistenti per tutto il periodo della cura; fenomeni di sonnolenza, sono stati constatati da Simon, agitazione con insonnia, dolori articolari e muscolari (Hudelo e Rabut), vere e proprie mialgie e artralgie bismutiche, le quali hanno di caratteristico che si rinnovano ad ogni iniezione e si accentuano a misura che la cura progredisce, per scomparire appena cessato il trattamento.

Sullo *stato generale* l'azione del bismuto può determinare senso di stanchezza più o meno accentuato fino allo stato di astenia, con pallore e sopratutto dimagrimento. Per questa ragione è poco consigliabile nei convalescenti e nei soggetti deperiti.

Come l'arsenico e il mercurio possono restare inattivi di fronte a lesioni luetiche, così anche possono aversi casi di *bismuto resistenza*. Però questi sono di gran lunga inferiori ai primi. Sono eccezionali infatti nelle lesioni cutanee e mucose. Ne venne descritto un caso da Lortat-Jacob e Roberti. Nelle lesioni osteo-periostee possono essere meno rari. Hudelo e Rabut hanno dovuto ricorrere alle frizioni mercuriali in un caso di periostite della tibia. Eccezionalmente sono state segnalate delle neurorecidive nel corso del trattamento bismutico. Due casi vennero descritti da Clément Simon.

PREPARATI DI BISMUTO PIÙ IN USO.

Dopo le prime ricerche di Sazerac e Levaditi che si sono serviti del tartrobismutato di sodio e potassio, il quale, benchè di azione antiluetica energica, presenta qualche inconveniente spiacevole, i farmacologi si diedero a fabbricare numerosi composti di bismuto solubili ed insolubili nei più diversi mezzi in combinazione con l'arsenico, iodio, chinina, ecc., alla ricerca del prodotto più efficace e meno tossico. In mezzo a tutta questa abbondanza di preparati che hanno invaso il campo terapeutico, si affaccia subito la questione della scelta del prodotto da adoperare. Questo rilevante numero di specialità, che sino a tutt'oggi superano la settantina, più che giovare alla diffusione e all'applicazione del bismuto nella lue, ingombra notevolmente il campo di azione del nuovo rimedio, perchè obbliga il medico pratico, qualora non voglia sottoscrivere l'esposizione delle qualità terapeutiche che accompagna ogni specialità farmaceutica, a fare un lavoro di cernita che in realtà non può essere in condizioni di compiere.

Specie ora in cui si può affermare con la massima sicurezza che il bismuto possiede incontestabilmente una spiccata azione antiluetica, salvo a lasciare al tempo di dirci quale posto dovrà occupare in confronto agli altri due antiluetici, s'impone uno studio sereno e coscienzioso che si ponga il difficile compito di esaminare comparativamente l'efficacia terapeutica dei numerosi preparati e indichi al pratico quelli più adatti in rapporto ai vari stadi e alle multiformi manifestazioni.

Può riuscire utile l'enumerazione di alcuni tra i preparati più in uso, che, secondo l'esperienza, si sono mostrati più efficaci. I composti bismutici non agiscono esclusivamente per il metallo che essi contengono, ma nella loro azione spirillicida entrano anche altri fattori. Il preparato di bismuto introdotto nell'organismo deve essere scomposto perchè venga utilizzato (Levaditi, J. Meclerq, Pomaret) e questa trasformazione avviene per mezzo di una serie di reazioni cellulari e umorali che mettono in libertà il metallo. Quindi la fissità più o meno grande del sale di bismuto e la rapidità colla quale si scomporrà in seno all'organismo, questa che venne chiamata « fissità intrinseca » del sale, varia nei diversi composti del bismuto. L'assorbimento del bismuto messo in libertà nell'organismo varierà in rapporto ad un'altra condizione chiamata da Lacapère « fissità estrinseca » che è in rapporto alla composizione intima dei tessuti di ogni singolo individuo, la quale, dal punto di vista chimico, non è sempre rigorosamente la stessa nei vari soggetti e di qui il differente comportamento dei diversi organismi allo stesso preparato, per cui mentre per alcuni di questi riesce tossico, altri invece lo tollerano bene.

La solubilità del preparato di bismuto è il primo fattore che si deve prendere in considerazione perchè ne determina l'impiego e la via di somministrazione. Per questo è necessario fare una netta divisione tra i preparati solubili e quelli insolubili, perchè a questa distinzione corrispondono delle qualità e delle caratteristiche diverse.

Tra i sali solubili di bismuto alcuni possono essere iniettati nelle vene, altri invece vengono impiegati per iniezioni intramuscolari. Le iniezioni endovenose dei sali solubili di bismuto, agiscono rapidamente, ma determinano spesso fenomeni di intossicazione, choc dentario e scialorrea. Secondo Lacapère possono essere adoperati con vantaggio nei casi di intolleranza agli arsenobenzoli quando si voglia realizzare un trattamento di attacco intensivo, per cedere poi il posto alle iniezioni intramuscolari dei sali insolubili. Tra i sali solubili da iniettare nelle vene deve essere ricordato il « Sigmuth » (tartrobismutato solubile), il « Tartro-Bi » (tartrobismutato di sodio solubile) il quale è specialmente indicato nella cura della sifilide del sistema nervoso.

I composti solubili iniettati nelle vene invadono rapidamente l'organismo. Un quarto d'ora dopo l'iniezione il bismuto viene riscontrato nelle urine (Lacapère). L'azione dei sali solubili per via endovenosa è secondo alcuni presso a poco rapida quanto quella degli arsenobenzoli. Però allo stato attuale benchè questa via di somministrazione abbia dei fautori specie in Germania e in Francia, tuttavia non è il caso di pensare a ricorrere a questo mezzo nella pratica privata, perchè con una certa frequenza determina degli inconvenienti spesso notevoli.

Tra i sali solubili da iniettare per via intramuscolare sono da ricordare: « Luatol » che produce dolore e spesso provoca choc dentario;

« Lual », « Galismuth », meno doloroso del precedente. Però le iniezioni intramuscolari dei sali solubili sono in genere molto dolorose, danno notevole reazione locale, e spesso determinano fenomeni d'intossicazione, tanto che sono pochissimo usati.

Il bismuto colloidale che sta tra i preparati solubili e gli insolubili, benchè per il suo stato fisico si avvicini di più ai sali insolubili, per la sua azione rapida dovuta, al pronto assorbimento, si avvicina all'azione pronta ed efficace dei sali solubili. Anche il bismuto colloidale può essere somministrato sia per iniezioni endovenose che intramuscolari. Lacapère e Galliot ritengono che l'effetto terapeutico del bismuto colloidale per via endovenosa è quasi così rapido quanto quello degli arsenobenzoli, ma è meno duraturo, per cui si rende necessario completare la cura con gli altri preparati insolubili. Non sono infrequenti con il bismuto colloidale per via endovenosa alcuni incidenti, come lo choc dentario passeggero, febbre, nausea e quando si raggiungano le dosi massive, crisi nitritoidi. Per iniezione intramuscolare agisce un po' meno rapidamente che per via endovenosa, ma è sempre più pronto dei composti insolubili; però si rende sempre ugualmente necessario completare la cura in un secondo tempo con i preparati insolubili. Tra i preparati di bismuto colloidale sono da ricordare il « Bismuthoidol », « Colmuthol », studiato da Luoste, Thibaute e Barbier, « Jonoide di bismuto », « Bismucol ».

I preparati insolubili sono i più importanti e i più usati nella bismutoterapia per la loro tolleranza, la loro efficacia duratura dovuta al lento e regolare assorbimento, per cui, anche quando si vogliono adoperare i preparati solubili e i colloidali sia per via endovenosa che intramuscolare, non si può tralasciare di usarli in un secondo tempo per completare la cura.

I sali insolubili sono in genere in sospensione oleosa e si possono suddividere: *a*) bismuto metallico, che si trova allo stato di fine divisione nei due principali preparati il « Néotrépol » e il « Bismuthyl »; *b*) i sali minerali, di cui la maggior parte delle preparazioni è a base di ossidrati. Questi sali sono molto fissi e cedono il bismuto assai lentamente e quindi di azione terapeutica molto lenta. Sono in genere ben sopportati, non provocano dolore o solo raramente. Sono poco indicati nell'inizio della cura antiluetica dove è indispensabile un effetto pronto e rapido. Invece sono adatti nel trattamento di fondo in cui la loro lenta eliminazione assicura un'azione assai durevole. I principali prodotti a base di ossidrati sono: « Muthanol », « Curalues » in sospensione di olio lanolinato, « Oximuth », « Bia », « Bismoxil », « Spirillan ». Tra i sali minerali è da citare pure un preparato a base di ossicloruro di bismuto: « Bischlorol »; *c*) sali organici e alcaloidi, alcuni dei quali sono solubili. Il sale più importante è il tartrobismutato di sodio e potassio, preparato da Sazerac e Levaditi, che è il prodotto più studiato e più in uso. Il « Trépol » è a base di questo sale in sospensione oleosa. Questo preparato che è tra i più attivi, aveva l'inconveniente di essere doloroso, però ultimamente è stato modificato il modo di preparazione per rendere l'iniezione indolora. I tartrobismutati hanno una fissità intrinseca un po' inferiore a quella degli idrossidi. Altro prodotto a base di tartrobismutato è il « Luatol »; questo sale può essere sia disciolto, come è stato visto precedentemente, che in sospensione oleosa. Oltre ai tartrobismutati altri composti organici di bismuto sono stati utilizzati nella cura della sifilide. Secondo alcuni autori l'associazione del bismuto ad una molecola di alcaloide lo renderebbe meno tossico. Per questo è stato introdotto l'iodobismutato di chinina, studiato da Fournier, Guénot, Lortat-Jacob e Roberti e Milian, con buoni risultati. Questo sale ha una fissità intrinseca piuttosto bassa, è quindi meno fisso degli altri composti insolubili, cedendo rapidamente all'organismo il bismuto metallo che contiene, è rapidamente attivo. Questo prodotto è assai adoperato in sifilografia e si è mostrato efficace nella sifilide viscerale e nervosa. Lortat-Jacob specialmente insiste sulla sua azione nella sifilide nervosa e in particolare nella tabe. Il « Quinby » è il principale prodotto di iodobismutato di chinina. Il « Rubyl » è a base di ioduro doppio di chinina e bismuto, particolarmente efficace nelle lesioni terziarie. Il « Neoby » è a base di iodobismutato vanadico, mentre il « Biquinyl » è costituito da iodobismutato di chinina associato a ossicloruro di bismuto.

In Germania da Deselaers e Grimme venne preparato il « Bismogenol », bismuto acido ossibenzolato; è molto in uso e ha dato ottimi risultati. Levi ha riscontrato che il « Bismogenol » non è inferiore per efficacia al « Trépol » presentando i vantaggi di una minore tossicità unita ad una maggiore tolleranza. Altri preparati a base di bismuto e acido ossibenzoico sono il « Mesurol » e « Olesal ».

Inoltre il bismuto è stato associato all'arsenico dando luogo ad alcuni preparati che pure hanno fatto buona prova nelle forme con anemia e deperimento organico, e sono « Bismarzolo » (arsenio bismutato sodico), « Allosan » (metilearsinato doppio di bismuto e di sodio), « Novallosan » (metilarsicitrobismutato sodico), « Cytarsan » (cacodilato di bismuto sodico), « Neobiolo » (unione di bismuto con arsenico nell'anello benzoico), ecc.

Nel « Treposan » venne impiegato il succinato di bismuto; l'oleato di bismuto nell'Oleo-Bi. Si deve inoltre ricordare il « Nucleobismutol » che è un bismutilnucleinato di sodio solubile e insolubile; specie quest'ultimo si è mostrato efficace e di tolleranza perfetta (Travagli).

Dalle esperienze di Pasini risulterebbe che i più attivi sono i sali e fra essi quelli in sospensione (« Trépol », « Bismugenol », « Oleo-Bi », « Spironal III », « Novallosan »). Seguono subito in attività i sali solubili (« Luatol », « Allosan », « Bismarzolo »); meno attivi risultano i preparati a metallo precipitato (« Neo-Trepol ») e allo stato colloidale (« Bismucol »).

Nei riguardi del modo di somministrazione dei preparati bismutici benchè la questione sia ancora abbastanza discussa, si può attualmente dire che la via endovenosa è senz'altro da scartare, quantunque in Francia alcuni sifilografi autorevoli (Grénet, Drouin e sopratutto Benech e Pautier per i preparati solubili, e Lacapère e Galliot per il bismuto colloidale) e molti in Germania siano del parere di non abbandonarla e spesso di preferirla; però la grande maggioranza (Millian, De Greve, Bernard, Truffi, ecc.) sono del parere che la via endovenosa debba essere abbandonata, sia a causa dei numerosi e frequenti inconvenienti come le reazioni generali febbrili, crisi nitritoidi, choc dentario, eruzioni erpetiformi, non escluso il pericolo di morte improvvisa (Magnus), sia per la rapida eliminazione che non assicura un'efficacia duratura.

Attualmente la via intramuscolare è la sola raccomandabile, come i sali più attivi sono quelli in sospensione. L'iniezione di questi nelle masse muscolari, per il loro lento assorbimento, determina delle riserve di bismuto nelle quali l'organismo attinge a seconda dei bisogni. Dopo 11 settimane venne trovata una certa quantità di bismuto nel punto dell'iniezione e l'eliminazione per le urine continuava dopo 50 giorni dall'ultima iniezione (Mueller, Blass e Kratzeisen).

Già sin dal principio dell'introduzione del bismuto in sifilografia si pensò ad associarlo all'arsenico ed al mercurio. Così Wallon mescola una soluzione di aminoarsenofenolo con una soluzione di tartrobismutato alcalino subito prima dell'iniezione; Millan somministra per bocca bismuto e mercurio. Clément Simon, Bloch, Felke e Scherban hanno ottenuto eccellenti successi alternando l'arsenico al bismuto. Essi concludono affermando che l'associazione del bismuto al neoarsenobenzolo rappresenti la cura antisifilitica più energica che attualmente abbiamo a nostra disposizione.

L'azione rapida degli arsenobenzoli, qualche volta manca di persistenza, tanto che non sono rare le neurorecidive, l'associazione del bismuto ne renderebbe stabili i risultati. Inoltre l'arsenico ha un effetto favorevole, contro la stomatite, permettendo in tal modo di elevare la dose del bismuto.

CONCLUSIONI.

Il trattamento della sifilide con il bismuto ha acquistato una tale importanza che la sua conoscenza profonda è ritenuta necessaria. Quantunque sia ancora troppo presto per esprimere un giudizio definitivo sull'azione del bismuto, perchè non ha fatto tutta la sua prova, comincia però a determinarsi, attraverso l'esame della vasta e ricca letteratura, l'impostazione di alcuni punti principali che formeranno poi le basi delle future e definitive conclusioni. Ormai dopo 4 anni di esperienza anche per questo rimedio ha progredito notevolmente quel lento lavorio di osservazione clinica, biologica e sierologica sull'efficacia, sulle indicazioni, sui vantaggi e sugli inconvenienti del bismuto, tanto che già possono stabilirsi alcune sue speciali indicazioni.

La bismutoterapia in alcuni casi non solo è utile, ma si rende necessaria:

a) Nelle forme mercurio e arseno-resistenti e nelle forme mercurio e arseno-recidivanti, il bismuto trionfa facilmente;

b) Negli ammalati intolleranti alle cure arsenicali e mercuriali, sia che esista un'intolleranza primitiva o anafilattica, che si manifesta con crisi nitritoidi, diarree dissenteriformi, ecc., e nei soggetti che pur non presentando un'intolleranza assoluta, non ne tollerano però le dosi medie e forti e nei quali l'urgenza non consente di usare le dosi piccole e ripetute, si deve ricorrere al bismuto.

c) In tutti i casi di sifilide viscerale cronica, specie nella sifilide nervosa e cardio-vascolare, il bismuto deve essere impiegato insieme agli altri antisifilitici.

Oltre ai casi suesposti in cui il bismuto acquista il valore di una indicazione diretta, la bismutoterapia può essere impiegata in tutti gli stadi della sifilide e nelle sue proteiformi manifestazioni, perchè indiscutibilmente possiede un'azione curativa e cicatrizzante su tutte le lesioni.

Alcuni autori lo impiegano esclusivamente in tutti i periodi della lue, ritenendo che esso sia sufficiente in tutte le forme, anche nel periodo inziale.

Così Hudelo e Rabut in Francia pensano che il bismuto non deve più restare un medicamento di secondo ordine e destinato ai soli casi di intolleranza o resistenza agli arsenobenzoli, ma possa invece rivaleggiare con questi ultimi nel

trattamento d'attacco nel periodo primario e secondario. In Italia Travagli ugualmente ritiene che il bismuto esclusivamente possa essere adoperato in tutti gli stadi della sifilide, anche in quella iniziale alla presenza di manifestazioni contagiose in atto.

Però la maggior parte dei più reputati sifilografi non condivide pienamente questo giudizio e pur riconoscendo al bismuto un'azione notevole sulla sifilide, considerano gli arsenobenzoli come nettamente superiori e ritengono che, allo stato attuale della questione, sia ancora preferibile di usare, come per il passato, i neoarsenobenzoli per via endovenosa come trattamento di attacco. Truffi pensa che ancora non sia possibile affermare se il bismuto da solo sia atto a vincere definitivamente la lue, per quanto egli pensi, che, dai fatti di cui disponiamo, possa ritenersi la cosa come possibile alla stregua di quanto ammettiamo per gli altri antileutici.

Certamente è ancora prematuro poter affermare che il trattamento bismutico da solo sia sufficiente a curare radicalmente l'infezione luetica, solo il tempo potrà dare in seguito il giudizio definitivo.

Nella valutazione dell'efficacia terapeutica del bismuto di fronte agli altri antiluetici, la maggioranza degli autori ritengono che gli arsenobenzoli debbono occupare il primo posto, ma che il bismuto sia certamente superiore al mercurio. Levi ritiene che il bismuto deve sostituire con vantaggio il mercurio nelle cure miste.

Milian e Gougerot hanno voluto esprimere in cifre l'efficacia curativa degli antileutici e così mentre il primo assegna 10 per As., 7 per il Bi, 4 per Hg., il secondo assegna 10 per il As., 7 per il Bi., e 6 per l'Hg.

Però rispetto alla tolleranza non vi è dubbio che il bismuto presenti sugli arsenobenzoli dei vantaggi non trascurabili per la sua minore tossicità e quindi sia meno dannoso all'organismo e non dia luogo, specie se si usa la via intramuscolare e i preparati insolubili, ad incidenti gravi; tuttavia per la sua azione più lenta degli arsenobenzoli, il suo impiego non è indicato nel periodo siero-negativo della sifilide primaria, ove è necessario impedire l'infezione generale. Così pure dopo l'apparizione della siero-reazione positiva e nel periodo secondario, per evitare la comparsa di manifestazioni più gravi, si devono ugualmente preferire gli arsenobenzoli. Però in questo periodo dell'infezione è utile associare il bismuto alla cura arsenicale. Ugualmente nella sifilide terziaria, quando vi è minaccia di complicazioni gravi ed in particolare ad una localizzazione viscerale ad evoluzione rapida, si dovranno preferire gli arsenobenzoli al bismuto, che potrà essere utilmente impiegato in secondo tempo. In tutti quei casi, però, che per ragioni di opportunità e di contingenza non si riterrà opportuno impiegare gli arsenobenzoli, si dovrà ricorrere ai sali insolubili di bismuto che offrono il vantaggio di un facile e agevole impiego.

Allo stato attuale del problema, a prescindere dai casi in cui il bismuto ha una indicazione diretta e assoluta e nei quali il suo impiego si impone, in tutti gli altri, il medico dovrà contenersi in modo da trarre i maggiori vantaggi possibili dall'uso alternato o successivo dell'arsenico, bismuto e mercurio (As. = Bi; As. = Hg.), poichè, come si è visto, la loro associazione non solo non determina fatti di incompatibilità, ma presenta invece i più grandi vantaggi.

Il criterio di condotta e di scelta della cura dovrà emergere dalla conoscenza profonda di tutti i pregi e gli inconvenienti, di tutte le indicazioni e controindicazioni che offrono i tre grandi antiluetici e i loro preparati di fronte ai vari stadi e alle molteplici e proteiformi manifestazioni della lue, nonchè da criteri di contingenza e di oppurtunità affinchè il malato, senza correre alcun rischio, possa trarre il massimo rendimento.

BIBLIOGRAFIA.

AZOULAY. Presse méd., 1923, n. 13.
BALZER. C. R. de la Soc. de Biol., 27.
BENECH. Soc. de méd. de Nancy, 1923.
BORY. Soc. méd. des hôpitaux, 1922, 38.
BRANDEN. Bruxelles médical, ottobre 1922.
BRIN et LEGRAIN. *Le bism. dans le trait. de la Syph.* Paris, 1924.
CAJAL et SPIERER. Aress. Méd., n. 31, 1923.
CALLIST. Soc. fran. de derm. e syph., 19 apr. 1923.
CAPPELLI. Giorn. it. mal. ven., 1924, n. 2.
CABOUAT. Thèse de Paris, 1922.
CECILE. *Contr. à l'étude de la bismut. dans les syph. cutanéo-muqueuses et viscérales.* Lyon.
CITRON. Med. klin., 1923, n. 38-39.
CLÉMENT SIMON. Jour. méd. franç., 1923, n. 3.
CLÉMENT SIMON et BRALLER. Soc. de méd. de Paris, 14 giugno 1922.
CONTERNO. Minerva Medica, 1924, n. 15.
CORONEDI. Ac. Medico-Fisica Fior., 10-3-22; Lo Sperimentale, 1922, 76.
DEBRÈ et ALCAN. Jour. des prat., 1924, n. 47.
DE FAVENTO. Giorn. ital. delle mal. ven., 1923, n. 2.
DESELAERS. Dermatol. Woch., 1922, n. 38.
DIETEL. Münch. med. Woch., 5 ottobre 1923.
DROUET. *De le trait. de la Syph. par le bis.* Jour. des prat., 1924, n. 25, Paris 1924.
DUCRAY C. Policlinico, Sez. prat., 1922, 29.
EHLERS. Bruxelles médical, 1923, n. 21.
EMANUEL. Berlin. klin. Woch., 1921, n. 52.
EMERY. Soc. franç. de derm. et de syph., 1922, 29.
EMERY et MORIN. Paris médical, 1922, 12.
ESCHER. Ann. de l'Ist. Pasteur, 1922, n. 12, 1923, 36.
ETCHECHURG e CASTELLANOS. Priv. Med. dell'Uruguay.
FARINA. Gior. ital. mal. ven., 1924, n. 2.
FEIKE. Münch. med. Woch., 1922, n. 52, 1923, n. 39.

FOURNIER e GUÉNOT. C. R. de l'Acc. des Scien., 10 ottobre 1921; C. R. de la Soc. de Biol., 1922, 86, pag. 908; Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph., 10 novembre 1921; Ann. de l'Ist. Pasteur, 1922, 36, p. 14, 33, p. 18.
FOURNIER, GUENOT et SCHWARTZ. C. R. de la Soc. de Biol., 1922, 87.
GALLIOT. Jour. de méd. de Paris, 1922, n. 26.
GARRIGA. Riforma medica, 1923, pag. 832.
GASTOU. Bull. de la Soc. de méd. de Paris, 1923, n. 9.
GIONA NARDI. Riforma medica, 1925, n. 8.
CAUGERAT. Jour. des prat., 1923, n. 17.
CAUGERAT et FERNET. Bull. Soc. franç. et de derm. et de syph., 17 maggio 1923.
GRENET et DRONIN. C. R. de l'Ac. des Scien., 1922, n. 9.
GRIMME. Fortscht. der Med., 1922, n. 39.
HEYSESTRASSE. Presse méd., 1923.
HUBER et MASSARY. Soc. méd. des hôpitaux, 1923, 39.
HUDELO et RABUT. Presse méd., 1924, n. 3.
HUDELO, SIMON et RICHON. Soc. franç. de derm. et de syph., 9 febbraio 1923.
JEANSELME, POMARET, CHEVALIER, ecc. Bull. Société franç. syphl., 1922, 29.
LEPINAY. Bull. de la Soc. franç. de derm. et de syph., 8 marzo 1923.
LEVADITI. Presse médicale, 1922, n. 59.
LEVADITI, MARIE et ISAICU. C. R. de la Soc. de biol., 1921, 85; C. R. de l'Ac. des Scien., 1921, 172.
LEVADITI et NICOLAU. Ann. de l'Ist. Pasteur, 3 marzo 1924; C. R. de l'Ac. des Scien., 1923, 176.
LEVI. Ass. Med. Triestina, 14-21 gennaio 1924; Giorn. ital. delle mal. ven., 1924, n. 2.
LEVY-BING. Ann. des mal. vén., dicembre 1922.
LORTAT-JACOB. Soc. méd. des hôpit., 1923, 2 marzo.
LORTAT-JACOB et ROBERTI. Soc. méd. des hôpitaux, 10 ottobre 1922.
LAUBRY et BORDET. Soc. méd. des hôpitaux, 22 dicembre 1922.
LACAPÈRE. *Le trait. de la Syph. par les comp. ars. et les prep. bism.* Paris, 1925.
LACAPÈRE et WALLON. Soc. de méd. de Paris, 28 marzo 1923.
MALUSARDI. Gior. it. mal. ven., 1924, n. 2.
MAYNET et SEVIN. II Congr. des derm. et syph. de langue franç. Stras., 1923.
MARGARET et COLL DE CARRER. Soc. des scien. méd. et biol. de mont. et lang.
MARIE et FOURCADE. Ann. de l'Ist. Pasteur, 1922, 86.
MARTINOTTI. Gior. ital. mal. ven., 1924, n. 2.
MEUDEL. Riunion derm. de Stras., 1922, 22 nov.
MILIAN. I Congr. de derm. et syph. de langue franç., 1922, Paris.
MONTANELLI. Gior. di ocul., 1 dicembre 1923.
MÜLLER. Münch. med. Woch., 1922, n. 15, n. 48.
MÜLLER, BLASS and KRATZEISEN. Münch. mediz. Woch., 1923, n. 20.
NICOLAS, PATÈ et LEROEUF. Soc. franç. de derm. et de syph., 17 maggio 1923.
NIN ROSADAS. Semaña Medica, 1922, n. 35.
PASINI. Gior. it. mal. ven., 1922, 63; Policlinico, Sez. prat., 1923, n. 49; Congr. dermosif., Firenze, dicembre 1923.
PINARD et MASSARY. Soc. méd. des hôpitaux, 17 maggio 1922.
POMARET. Le Médecine, novembre 1922.
POMARET et DIDRY. Soc. franç. de derm. et de syph., 19 aprile 1923.
PRATER. Dermat. Woch., 1923, n. 14.
PRENET. Revue méd. de Uruguay, 1924, n. 7.
QUAGLIOTTI. Minerva medica, 1925, n. 6.
RADAELI. Gior. it. mal. ven., 1922.
RIQUIER. Soc. med. chir. di Pavia, 7 dic. 1923.
RITZ. Schweiz. med. Woch., giugno 1923.
SALLES. Soc. d'hydr. méd. de Paris, 19 febb. 1923.
SAUTON et ROBERT. Ann. des l'Ist. Pastuer, 1916.
SAZERAC et LEVADITI. C. R. Acc. de Scien., 1921, vol. 172, p. 1391, vol. 173, p. 338; C. R. Soc. de biol., vol. 855, p. 482; Ann. Ist. Pasteur, 1922.
SCIARRA. Folia Medica, n. 1920, n. 18; Riforma medica, 1922, n. 39; Policlinico, 1923, n. 43.
SPILLMANN. I Congr. des derm. et de syph. de langue franç., 1922, Paris.
TESSIER. Bull. de la Soc. de méd. de Paris, n. 4, 1922.
TIXIER. Soc. méd. des hôpitaux, 30 dicembre 1921.
TOMMASI. Giorn. ital. mal. ven., maggio 1923.
TRAVAGLI. *La bismutoterapia nella sifilide*, 1925, Roma.
TROISIER. Bull. méd., 1922, n. 35.
TRUFFI. Soc. it. derm. sif., 16 dicembre; Congr. XX Soc. it. derm. e sif., 1924.
VEILLET. Soc. méd. des hôpitaux, 22 dic. 1922.
VEBER. C. R. de la Soc. de Biol., 1922, 86.
VOEHL. Deutsch. méd. Woch., 1923, n. 7.
VOIGT. Münch. méd. Woch., 1923, n. 3.
WALLON. Thèse de Paris, 1922; Press. Univ. de franç.
WASSERMANN. Berlin. klin. Woch., 1921, n. 9.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Le forme anomale del tetano.

(F. TAPIE. *Gazette des hôpitaux*, febbr. 1924).

Le forme comuni del tetano sono:

1) Il tetano comune ad evoluzione *acuta*: trisma, riso sardonico, rigidità permanente della nuca e delle doccie paravertebrali, delle membra e della parete addominale con ortotono, opistotono, ecc., parossismi dolorosi con rigidità estrema, febbre, tachicardia e tachipnea, sudori profusi, morte per intossicazione dei centri bulbari (sincope o asfissia) in piena e perfetta lucidità di coscienza.

2) Il tetano comune ad evoluzione *cronica*: periodo d'incubazione più lungo, da 10 a 15 giorni in media dopo la ferita, estensione delle contratture al tronco e alle membra meno precoce, accessi più distanziati, febbre, tachicardia e tachipnea assai meno evidenti.

Dietro un trattamento precoce ed energico, questa forma guarisce in più della metà dei casi.

In entrambi questi tipi comuni è caratteristica la *mancanza di paralisi*.

Forme anomale: sono assai variabili, poichè si costituiscono per la mancanza di uno dei tipici sintomi enumerati, o per una irregolarità nell'ordine abituale della loro comparsa, o per l'associazione di fenomeni insoliti come paralisi o

disturbi della psiche; tuttavia, la maggior parte di esse hanno un carattere comune: la *mancanza di generalizzazione delle contratture.*

I. *Tetano splancnico*: dopo una *ferita viscerale*, per trauma accidentale od operatorio, e dopo un periodo di incubazione che non supera 8-10 giorni, compare *disfagia*, che rapidamente si intensifica sino al punto che il malato rifiuta ogni alimento o bevanda, e che la sola vista o l'offerta di essi può provocare gli accessi di spasmi faringei, con ipertensione del capo e cianosi del volto. In breve si aggiungono accessi di *spasmo laringeo*, spontanei o provocabili con la semplice pressione sul collo.

Il trisma è piuttosto tardivo, e la contrattura si estende spesso alla nuca ed al dorso, assai di rado alle membra. Febbre, dispnea e tachicardia precoci. Morte brusca per sincope o un po' più lenta per asfissia. Durata complessiva della malattia: non oltre 48 h.

II. *Tetani cefalici*:

1) *Tetano di Rose*: ferita del viso, e più esattamente della regione orbito-naso-malare; incubazione di 15-20 giorni. *Asimmetria facciale* manifesta dal lato della ferita, per *paralisi facciale* il più delle volte *completa*, a *tipo periferico; lagoftalmo*, deviazione del bulbo oculare nello sforzo di chiudere le palpebre. Più raramente la paralisi si limita al territorio sup. o inf. del facciale. Eccezionale la *diplegia* quando la ferita si estende ai due lati della linea nasofrontale. Le contratture si estendono progressivamente alla nuca e al dorso; opistotono incompleto, limitato alla regione cervicale. Nei casi gravi disfagia, dispnea e tachicardia, morte per asfissia; più spesso l'intossicazione bulbare manca e si ha la guarigione. Mortalità, secondo Villar: 42 %.

2) *Tetano oftalmoplegico*: il precedente, più *paralisi dell'oculomotore est.* e spesso dell'*oculomotore comune;* in generale la paralisi riguarda esclusivamente la muscolatura estrinseca dell'occhio (*ptosi* e *strabismo esterno*) e mancano i fatti pupillari: alcuni da questo carattere *parcellare* dei disturbi motori desumono la prova dell'*origine nucleare* di essi.

3) *Tetani cefalici senza paralisi*: possono essere relativamente benigni o molto gravi.

III. *Tetano a forma cerebrale*: eccezionale. Roux e Borrel ne produssero nell'animale con l'*inoculazione intracerebrale di tossina tetanica.* Bérard e Lumière, Bazy e Capitano osservarono in feriti di guerra casi accompagnati da *allucinazioni, fobie, idee deliranti.*

IV. *Tetani parziali delle membra*: sono di osservazione molto antica; nettamente menzionati nelle descrizioni di Larrey e Dupuytren:

1) *Tetano monoplegico*: più raro nell'arto superiore [contrattura in flessione delle dita, della mano, dell'avambraccio; lo spasmo può in seguito invadere anche i muscoli del collo e della faccia (Vautrin)]. Generalmente, 15 o 20 giorni dopo una *ferita penetrante della gamba*, quando già la cicatrizzazione avviene regolarmente e senza fatti flogistici intorno alla ferita, comincia, a livello della ferita stessa, un senso di *costrizione dolorosa*: i muscoli circostanti sono in preda a piccole *contrazioni intermittenti* facilmente provocabili con una lieve percussione o con uno sfioramento leggero; talora esse si estendono a tutto un gruppo muscolare, imprimendo all'arto ferito movimenti di estensione e di retrazione simili ad alcuni riflessi di automatismo midollare; negli intervalli, l'arto è contratto in estensione e in deviazione varoequina; i muscoli *sporgono* e la *circonferenza dell'arto è aumentata* (Claude e Lhermitte). Ipertonia simile a quella delle contratture di origine piramidale: forza muscolare e sensibilità normali; riflessi tendinei e periostei esagerati; non raramente *clono* del piede; *ipereccitabilità faradica e galvanica dei nervi e dei muscoli.* Questa esiste pure nell'arto del lato opposto sano (Claude e Lhermitte). Le contratture possono estendersi ai muscoli addominali, raramente si generalizzano; *non vi è trisma, i sudori sono rari.* La guarigione è la regola, benchè talvolta persistano deformazioni, come piede torto, atteggiamenti viziosi per retrazioni fibrotendinee.

2) *Tetano paraplegico*: deriva dalla varietà precedente, per estensione all'arto inferiore simmetrico. Talvolta anche la parete addominale è contratta; mai il tronco e gli arti superiori; non vi è trisma. Talora sono presenti anche disturbi degli sfinteri. Babinski incostante. Segni generali assai lievi; evoluzione essenzialmente cronica; il più spesso guarigione.

3) Eccezionali: *Tetano emiplegico, emitetano incrociato* (Roubier), *tetano addomino-toracico* (P. L. Marie).

V. *Forme di passaggio dal tetano parziale a quello generalizzato*:

1) *generalizzazione secondaria di un tetano parziale.* Modificazioni del polso e del respiro costanti e proporzionali alla gravità; temperatura variabile. Morte frequente;

2) *localizzazione secondaria di un tetano generalizzato.* Nel quadro generale, rigidità e spasmi *predominano* nell'arto ferito. Con la cura, le contratture cominciano a restringersi ai soli arti inferiori, infine si limitano ai gruppi muscolari vicini alla ferita, e infine la malattia evolve benignamente come un tetano parziale;

3) *tetano a lunga incubazione e a evoluzione prolungata*. Non solo il tetano localizzato ma anche quello generale può insorgere dopo parecchie settimane dalla ferita, quando questa è già cicatrizzata; allora gli spasmi sono rari e poco violenti, i sintomi generali assai attenuati, dopo un'evoluzione lentissima di parecchie settimane o parecchi mesi, spesso interrotta da ricadute, la malattia generalmente termina con la guarigione.

Tetano reviviscente. Scoppia a lunga distanza di tempo dalla ferita, in occasione di un intervento chirurgico che libera le spore tetaniche o durante una malattia infettiva (influenza, malaria); spesso è assai grave.

PATOGENESI: *tutte queste forme anomale della tossiinfezione tetanica possono essere riprodotte sperimentalmente negli animali mediante l'inoculazione in diverse sedi di dosi varie di tossina tetanica.*

Nella cavia il tetano splancnico si ha dietro *introduzione della tossina in un organo a innervazione simpatica;* questo *tetano simpatico* (di cui Binot ha fatto un tipo, in opposizione al tetano del sistema motore) presenta una gravità estrema imputabile all'assorbimento massivo del veleno e alla precoce impregnazione dei centri bulbari.

L'inoculazione intracranica nello stesso animale dà una forma caratterizzata da fenomeni di eccitazione cerebrale, crisi epilettiformi, poliuria.

Nel coniglio, *diluendo la tossina* per l'iniezione sottocutanea, dalla forma generalizzata si ottengono forme di gravità decrescente fino, con una dose minima, al tetano monoplegico limitato alla zampa inoculata.

Nell'uomo, la limitazione delle contratture a qualche gruppo muscolare può derivare dall'intossicazione bulbare precoce che uccide il malato prima della generalizzazione; più spesso può esser l'indice di una intossicazione poco grave per l'immunità relativa conferita al soggetto da iniezioni di siero antitetanico, quando questo è stato iniettato in dosi insufficienti a neutralizzare tutta la tossina, o quando l'infezione è stata contratta quando il siero antitossico era stato già in parte eliminato; allora l'intossicazione non supera la tappa midollare.

I caratteri più atipici quindi di queste forme anomale del tetano si spiegano completamente con le nozioni acquistate sperimentalmente sulla tossina e l'antitossina tetanica: esse non sono dunque anomale che in apparenza. Malgrado i suoi aspetti clinici variabili e talvolta singolari, il tetano rimane una entità specifica perfettamente definita.

Diagnosi differenziale.

T. splancnico: con la *rabbia*. Questa succede sempre ad un morso, non vi è trisma nè rigidità.

T. puerperale; con l'*eclampsia*: nell'intervallo degli accessi convulsivi non rigidità; invece albuminuria, cefalea, disturbi visivi, ipertensione arteriosa.

T. cefalici con paralisi: in un ferito, si può pensare alla *frattura della base*, a una *lesione orbitaria*, a una *infezione meningea*. Pensare sempre al tetano, anche per ferita minima; ricercare con cura il trisma e la rigidità anormale dei muscoli cervicali. Analisi del liquor; radiografia del cranio.

T. parziali delle membra: d. d. con: contratture *non traumatiche* di origine piramidale, *tetania, meningiti acute. Epilessia jacksoniana traumatica*: succede a trauma del capo, non rigidità nell'intervallo degli accessi.

Paraplegia spastica traumatica: diminuzione della forza muscolare: disturbi sensitivi, Babinski quasi costante. *Spasmi precoci traumatici* localizzati a un gruppo muscolare ben limitato, insorgono *qualche ora* dopo il trauma per *irritazione dei muscoli* da un corpo estraneo (scheggia, frammento di proiettile), appena tolto il quale scompaiono.

Nei così detti *spasmi tardivi traumatici* ricercare costantemente il bacillo di Nicolaier. Così nelle così dette *nevriti traumatiche*, nelle quali tuttavia appaiono rapidamente *disturbi trofici e vasomotori* e vi è un'intensità dei fenomeni dolorosi che le distinguono nettamente dal tetano.

Contratture riflesse o *acrocontratture* di Babinski e Froment; vi sono disturbi vasomotori, termici e secretorii, talora anche uno stato psichico particolare dell'infermo, e atteggiamenti caratteristici: *mano ad acquasantiera, mano da ostetrico, mano a collo di cigno.*

Isteria: nei tetani frusti a evoluzione lenta e incubazione prolungata, quando la ferita è cicatrizzata, e non v'è che un disturbo dell'andatura, una contrattura limitata al piede leggermente varo equino, è facile credere alla natura funzionale di tali disturbi. Ricercare: la esaltazione dei riflessi ossei e tendinei, l'ipereccitabilità elettrica, che non mancano mai, la facies rigida del malato, un leggero trisma.

Terapia: non differisce da quella delle forme comuni. Nelle forme a evoluzione lenta, in cui la tossina impiega un certo tempo a raggiungere il nevrasse, il siero può agire su di essa prima che essa tocchi il midollo o i centri bulbo-protuberanziali.

CORRADI.

Nevralgia del trigemino e simpatico.

(H. PETTE. *Münch. m. W.*, 8 agosto 1924).

L'A. tratta qui esclusivamente della nevralgia del trigemino idiopatica. Recentemente egli ebbe ad osservare due casi, un uomo e una donna, ambedue sulla cinquantina, i quali, in seguito a ripetuti attacchi di asma, bronchiale nell'una, cardiaco nell'altro, erano stati sottoposti all'estirpazione dei gangli cervicali. In ambedue i pp., a brevissima distanza dall'intervento, preceduti da senso di calore, si manifestarono dolori al volto irradiantisi verso il mascellare inferiore e superiore e esacerbantisi nel serrare i denti o al contatto di liquidi caldi o freddi. Tali sintomi, ripetutisi in seguito sotto forma di accessi, interessavano il lato corrispondente a quello dei gangli estirpati e dagli ii. venivano paragonati molto da vicino ai comuni mal di denti. Il quadro era quindi quello della nevralgia del 5° paio.

Osservazioni simili giustificano il ritenere che, in linea generale, debbano esistere rapporti tra nevralgia del trigemino e funzione simpatica. Tale modo di vedere è del resto sostenuto da tutta una serie di fatti: fra questi, la comparsa di fenomeni vasomotori di intensità per solito eguale a quella degli stessi dolori e legati strettamente al sistema simpatico: l'iperemia della cute del volto e delle mucose con lacrimazione e ipersecrezione delle ghiandole salivari e mucose. In un caso di nevralgia del 1° ramo l'A. notò anche la comparsa di un'estesa alopecia quale espressione, senza dubbio, di una disfunzione vasomotoria.

Alla domanda se per caso tali processi non siano piuttosto da interpretarsi quali conseguenze della nevralgia, quali fatti cioè secondari, si può rispondere rilevando che contro una simile ipotesi sta il fatto che non di rado gli ii., già prima dei sintomi dolorifici, avvertono i disturbi vasomotori. Purtroppo, a tal proposito, riesce oltremodo difficile stabilire dati concreti, stante il carattere dei sintomi nevralgici, insorgenti quasi sempre all'improvviso; carattere per cui gli ii. altrettanto raramente sono in grado di poter parlare di fenomeni primitivi e secondari.

Un ulteriore contributo alla chiarificazione della patogenesi della nevralgia del trigemino ci viene dato dal fatto che spesso gli accessi insorgono in seguito a stimoli esterni provenienti sia da mucose infiammate o dai denti, sia dalla semplice pressione o dal contatto di rispettive zone del capo. Osservazioni le quali rendono molto verosimile l'ipotesi che si sia dinnanzi a processi estrinsecantisi sotto forma di riflessi nell'ambito di uno stesso sistema vasomotorio.

Anche la stessa caratteristica del rapido stabilirsi e dileguarsi costituisce un importante dato a sostegno dell'origine vasomotoria della nevralgia. Noto è infatti come tale modo di insorgere sia comune anche a molti altri fenomeni già normalmente svolgentisi sotto la dipendenza del simpatico: basti ricordare il rapido cambiamento del grado di replezione di piccoli o piccolissimi vasi che obbiettivamente si traduce nei relativi cambiamenti del colorito della cute: così nella malattia di Raynaud, ad una contrazione intensissima di piccoli vasi si associano ed assumono parallela intensità, dolori nevralgiformi. Così, infine, nell'*angina pectoris* ove recenti metodi di terapia chirurgica hanno fatto sorgere analoghi concetti sull'essenza della malattia.

Sulla questione della priorità dei singoli momenti dell'accesso, se cioè l'attacco doloroso sia preceduto dai disturbi vasomotori-secretori o viceversa, riesce difficile poter fornire una risposta decisiva. Alla domanda può tuttavia soddisfarsi, considerando l'accesso dovuto a un fatto svolgentesi per via riflessa, i tratti della quale essendo equivalenti, così che, data l'enorme sensibilità dell'intero sistema, è appena possibile decidere nell'un senso o nell'altro. Nota è infatti la particolare sensibilità riflessa dei singoli tratti del sistema simpatico. Lo stimolo, una volta determinatosi, si trasmette ai varii tratti del sistema e qui, come altrove, occorre anche tener conto della parte dovuta al *locus minoris resistentiae*.

Sulla specie del processo biologico legato all'insorgere del dolore, se esso cioè si produca in seguito ad eccitazione o paralisi di vie vasomotorie, non può ancora dirsi una parola decisiva.

M. AGOSTINI.

Sulla patogenesi e la terapia dell'emicrania.

(H. KANNERER. *Münch. med. Woch.*, n. 16, 1925).

Un primo punto importante è costituito dal fatto che esiste una vera e propria diatesi emicranica, nel senso che la malattia si presenta spesso ereditaria, e in soggetti a tipo costituzionale patologico.

Così, mentre alcuni autori hanno trovato dei casi riguardanti tipi astenici, altri la riscontrarono in costituzioni vagotoniche e atiroidee, spasmofile e ipoparatiroidee.

La parentela con la gotta non è così stretta come un tempo si credeva.

Piuttosto è l'epilessia che è legata all'emicrania con vincoli importanti, tanto che si è parlato, in alcuni casi, di veri e propri equivalenti emicranici, del tutto simili agli stati crepuscolari epilettici.

Ma data la grande incertezza che tuttora esi-

ste sull'essenza dell'epilessia, la quale forse non rappresenta nemmeno un'unità patogenetica, converrà essere assai cauti nel giudicare i rapporti tra le due malattie.

Per quel che riguarda l'anatomia patologica, trattandosi di malattia affatto pericolosa per la vita, nulla si sa di positivo. In ogni modo si sono descritti degli ispessimenti della glia e ammassi di corpi amilacei nei dintorni dei ventricoli cerebrali laterali, cioè delle alterazioni endocraniche.

Recentemente è stata emessa una teoria angiogena, secondo la quale la malattia consisterebbe in un'alterata funzione dei vasi, ravvicinandola in qualche modo all'angina pectoris e alla « Dysbasia angiosclerotica ».

In tal senso parlerebbe anche la tendenza che hanno gli emicranici ad ammalare di arteriosclerosi.

Altri autori, sempre basandosi su tale teoria, ragguagliano l'individuo che soffre di emicrania ad un individuo stanco, nel senso che in ambedue si produrrebbe uno spasmo vasocostrittorio per azione di speciali tossine.

In ogni modo, per ritener giusta una simile teoria, bisognerebbe che esistessero le seguenti condizioni fondamentali: 1) una labilità vasale primitiva; 2) una sensibilità specifica verso determinati stimoli.

Parlando di vasolabilità costituzionale il pensiero va senz'altro al vago, al simpatico e al sistema endocrino.

E in realtà in molti casi riesce assai difficile eliminare tale fattore, come accade per esempio negli accessi di emicrania che sopravvengono nelle alterazioni delle funzioni genitali femminili, e in tutti i casi in cui è evidente l'influsso degli ormoni ovarici e placentari (mestruazioni, gravidanza, climaterio).

Si è poi accennato anche ad una insufficienza epato-renale, basata sulla produzione di sostanze tossiche del ricambio, agenti sul sistema vasale.

Da tale teoria si passa facilmente all'ipotesi di uno stato allergico, facendo rientrare anche l'emicrania tra le manifestazioni anafilattiche. In molti casi si è infatti ritrovata eosinofilia, e in parecchi altri si è verificato il rapporto etiologico con uno speciale stato d'idiosincrasia verso alcune sostanze capaci di provocare la crisi. In tal senso parla anche il buon effetto spesso ottenuto colla somministrazione di peptone prima dei pasti, e con la terapia desensibilizzante, alla stessa maniera di quanto si fa nell'asma.

Basandosi su tali affinità con l'epilessia, l'asma e l'urticaria, si sono fatti degli estratti alcoolici del sangue di emicranici, ottenendo sostanze capaci di svolgere netta azione eccitante sulla muscolatura liscia dell'intestino dei gatti, sul tipo di quella esercitata dalla pilocarpina.

Comunque sia, la patogenesi dell'emicrania non rappresenta ancora un fatto unico, ed è sperabile che nei futuri studi si tengano in vista tutti i suddetti momenti, curando l'anamnesi del malato, e ricercando tutti i segni dello stato anafilattico.

Anche l'indicazione terapeutica deve essere fondata sopra una esatta considerazione dei singoli casi. Si potranno così dare tavolette di tiroidina se si sarà accertata una deficienza della ghiandola tiroide; si istituirà una cura antiurica nei soggetti gottosi; si consiglieranno le irradiazioni delle ovaie quando sarà in causa un'alterazione della secrezione interna degli organi genitali femminili, e così via.

La maggior parte dei rimedi sintomatici non hanno un'azione durevole. Talora giova l'arsenico, talora l'elioterapia artificiale, talora il luminale. Quest'ultimo medicamento va somministrato a dose di gr. 0.10, la sera prima di andare a letto, per lungo periodo di tempo.

Sembra che alla simpaticectomia sia riservato un buon avvenire.

Se finalmente si riterrà fondato il sospetto di una origine allergica, si cercherà di desensibilizzare l'organismo col peptone (gr. 0.5 prima dei pasti, per bocca, o iniezioni endovenose al 2-10 %) oppure con introduzione di antigeni specifici o aspecifici (tubercolina, latte, vaccini, ecc.).

M. FABERI.

VIE URINARIE.

Alcune questioni riguardanti la chirurgia dell'ipertrofia prostatica.

(LEHMANN. *Zentralb. f. Ch.*, 1924, 2433).

L'A. espone l'esperienza della clinica di Rostock su 160 casi, divisi in tre gruppi: 1) con indicazione operatoria soltanto relativa; 2) con indicazione assoluta senza controindicazioni; 3) con grave infezione delle vie urinarie, insufficienza renale o alterazioni circolatorie.

Per i malati del terzo gruppo (35 % del numero complessivo) non si riesce — salve ben poche eccezioni — a prepararli all'operazione per modo che abbiano prospettiva di risultato duraturo.

L'esame a distanza dei casi precoci (primo gruppo) dimostrò invece che, se operati, di solito rimangono guariti, mentre quelli trattati sintomaticamente, nel complesso peggiorano, e, per la maggior parte, di molto. Questa esperienza, aggiunta ai casi assolutamente infausti del terzo gruppo, indica che nell'ipertrofia di prostata è consigliabile l'operazione precoce.

I casi del secondo gruppo (indicazione assoluta alla ectomia, senza controindicazione, 52 % del numero totale) furono operati, in parte alla Freyer, in parte alla Voelcker.

Vantaggi della Voelcker:

1) mortalità minore (18.33 %);

2) anestesia locale semplicissima (basta la sola parasacrale, mentre per la soprapubica è necessaria per di più una estesa anestesia delle pareti addominali per ottenere il rilasciamento dei muscoli retti;

3) la potenza virile è conservata più spesso (33.16 %).

Svantaggi della Voelcker:

1) la tecnica è più difficile (ma nella pratica chirurgica ciò non deve influire sulla scelta del metodo);

2) il tempo necessario alla guarigione è più lungo (4:3);

3) pericoli di lesione del retto (3 volte su 44 casi).

Per quanto riguarda l'infezione (flemmoni del bacino), anche il metodo di Voelcker, con le condizioni da principio migliori che assicura al drenaggio, non la sa evitare. Incontinenza duratura o fistola a seguito dell'operazione di Voelcker non furono osservate mai.

Nell'applicazione dei metodi di prova funzionale, specialmente nel trattamento in due tempi, bisogna guardarsi dallo scambiare un miglioramento relativo con un miglioramento assoluto.

Kümmel sen. considera la possibilità di chiudere la vescica senza drenaggio, e la ritiene limitata a casi singoli. Il metodo più sicuro per la guarigione dell'ipertrofia di prostata è dato dalla operazione in due tempi. E per il secondo tempo (da eseguirsi 14 giorni circa dopo il primo) usa dilatare la ferita soprapubica con laminaria, fino a permettere l'introduzione di due dita. Poi inietta nella prostata, dalla ferita vescicale, novocaina o tutocaina: che facilitano la liberazione della ghiandola dalla capsula e riducono l'emorragia. Catetere a permanenza e drenaggio soprapubico per alcuni giorni.

Anche Anschütz, che in passato aveva sostenuto l'opportunità dell'operazione in un tempo con sutura immediata, la ritiene ora adatta a soli casi eccezionali, e passa sempre più all'operazione in due tempi.

Grauhan ritiene egualmente che l'operazione in due tempi sia la più utile.

E Ringel, che fino al 1921 aveva operato l'ipertrofia di prostata, a qualsiasi stadio, in un tempo solo, con una mortalità globale del 14 %, e che da allora opera i casi avanzati in due tempi, non trova diminuita per nulla la mortalità. L'unico mezzo per migliorare la statistica della prostatectomia è, secondo lui, che i medici facciano operare i malati in pieno stadio di malattia.

BAGGIO.

Ipertrofia della prostata e radium.

(KOGAN. *Journal d'Urologie*, n. 1, 1925).

L'A. riferisce su 5 casi di ipertrofia della prostata in cui è stato applicato il radio ed ha potuto constatare come esista una vera azione del radio sulla ipertrofia poichè in tre malati la minzione tornò integra, in uno rilevò notevole miglioramento per 3 anni e in due un miglioramento transitorio. Il radio ha fatto sempre diminuire la massa costituita dall'adenoma periuretrale, il quale costantemente ha subito delle modificazioni prolungate come nel secondo e terzo caso, e transitorie come nel primo. Un'altra circostanza che ha potuto rilevare dalle sue osservazioni è che il radio non modifica punto l'operabilità del malato sia per modalità di tecnica come per il risultato. In tutti i casi in cui i malati erano inoperabili e necessitavano di un cateterismo sistematico l'applicazione del radio ha sempre prodotto miglioramenti accentuati.

Quanto alla tecnica da seguire nella applicazione del radio l'A. ricordata come abbia fatto costruire una sonda a doppia corrente, a curva accentuata, mettendo il radio nel canale inferiore della sonda mentre l'urina fuoriesce dal canale superiore. L'applicazione di questa sonda è molto facile ed i pazienti la sopportano benissimo. Per applicazioni intrarettali l'A. dopo essersi servito di sonde rettali in caucciù ha utilizzato dei cilindri costituiti di piombo e di ebanite. In questi cilindri si trova una piccola cavità per localizzare il radio, cavità situata eccentricamente in modo che a seconda che venga rivoltata in avanti o in dietro si trovi più o meno vicino alla zona da irradiare. L'A. si serve di 55 mm. di elementi radium divisi in due gruppi ed usa delle guaine di platino dello spessore di un millimetro e mezzo come filtri. Il radio viene, in media, applicato per 12 ore. Dopo l'applicazione del radio il paziente non percepisce nulla di speciale per otto giorni ma poi comincia ad avvertire una certa irritazione prostato vescicale per la quale deve ricorrere a lavaggi caldi o a supposte. Tali disturbi sono transitori. La minzione ricompare a epoca variabile, in genere non si manifesta o si manifesta incompletamente dopo la prima applicazione di radio. Non è che dopo la seconda applicazione che i malati riacquistano la possibilità di urinare. La minzione allora avviene o completa o parziale.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. GIORGIO SEGRÈ. *Botriomicosi.* Milano, Tip. Cordani, 1924, pp. 110, con cinque tavole.

Notevole lavoro in cui è ampiamente trattata la questione della cosidetta botriomicosi umana e la sua differenziazione dalla botriomicosi animale o veterinaria.

Nella prima parte l'A. studia la botriomicosi animale, ne fa la storia, la descrizione clinica ed anatomo-patologica riassumendo infine i dati batteriologici dai quali risulterebbe l'identità del botriococco con lo stafilococco piogeno aureo: conclusione questa su cui l'egregio autore fa giustamente qualche riserva.

Nella seconda parte, che è poi la parte fondamentale del lavoro, il Segrè si addentra nello studio della cosidetta botriomicosi umana, riassumendone anzitutto la storia dalle prime osservazioni di Poncet e Dor in poi e riportando tutti i casi osservati in Italia. La descrizione del decorso clinico, la diagnosi differenziale e la osservazione personale di un caso molto interessante per la rarità della localizzazione (lingua) chiudono questa parte del lavoro.

Dopo un breve accenno alla cosidetta botriomicosi esotica, la quale probabilmente non ha nulla a che fare con l'entità morbosa che va sotto il nome di botriomicosi umana, l'A. descrive la anatomia patologica di questa con una seconda osservazione personale completata da ricerche istologiche e batteriologiche.

L'etiologia e la patogenesi sono l'argomento di un altro capitolo a cui segue quello della nomenclatura dermatologica di questa forma morbosa. Fra le diverse denominazioni proposte dai varii autori, il Segrè propenderebbe per quella adoperata da Friedéric di « granuloma pediculatum benignum » la quale ha il merito di accennare a due dei più importanti caratteri clinici della lesione.

Riassunti poi i metodi di cura della botriomicosi umana e le ragioni per cui non si debba riconoscere l'identità delle due forme, l'umana e l'equina, l'A. espone nell'ultimo capitolo le « conclusioni » del suo lungo studio, il quale, corredato di cinque buone tavole in nero, si chiude con un ampio elenco bibliografico.

Lavoro commendevole sotto ogni riguardo, da segnalare soprattutto per il contributo e le osservazioni personali dell'A. e per il quadro completo e preciso di questa forma morbosa ancora alquanto oscura. Buona l'edizione, malgrado qualche lieve menda tipografica.

V. MONTESANO.

KOLLE W. u. ZIELER K. *Handbuch der Salvarsantherapie.* II Band. Mk. 34.40. Urban & Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1925.

Gli argomenti svolti in questo secondo volume sono certamente di alto interesse sia per il pratico che per lo specialista, poichè se da una parte il trattamento della sifilide e di altre malattie protosoarie mediante il salvarsan ha acquistato una grandissima diffusione, non sono però rare le constatazioni di incidenti consecutivi all'uso del medicamento, o di insuccessi nonostante una giusta applicazione della cura.

In questo volume sono ampiamente trattati tutti i problemi che si connettono all'impiego del salvarsan per via endorachidea ed alla cura della sifilide congenita; ma particolare svolgimento hanno le conseguenze morbose osservate nell'uso del rimedio dagli esantemi e dall'ittero, alle alterazioni renali, ed alla morte da salvarsan, con speciale riguardo alle cognizioni fornite dallo studio anatomo-patologico.

Così pure trovano adeguata trattazione tutte le norme che occorre tenere sia per il dosaggio del salvarsan nei vari stadi della sifilide e nelle varie altre malattie per le quali viene usato, sia di fronte ai casi di idiosincrasia o di intolleranza. Altri capitoli sono dedicati al trattamento della sifilide dei vari organi od apparati, alle neurorecidive, alla cura della tabe e della paralisi progressiva, alle infezioni spirochetiche della bocca, al trattamento della malaria, della framboesia e delle malattie tropicali, nonchè della febbre ricorrente. Inoltre sono svolte tutte le indicazioni ed applicazioni della terapia salvarsanica nella medicina veterinaria.

Da ultimo non è tralasciata l'esposizione di quanto si riferisce sia per la loro costituzione chimica, che per il loro uso, ai nuovi composti di salvarsan quali il silbersalvarsan, il neosilbersalvarsan ed il solfooxilatsalvarsan. TR.

F. PINKUS. *Der Ausfall des Kopfhaars und seine Behandlung.* 2ª edizione. Un vol. in-16° di 65 pag. C. Marhold, ed. Halle a S., 1924. Prezzo G. M. 2.

Il malinconico tema della caduta dei capelli viene trattato dall'A. nei suoi aspetti fisio-patologici, esaminando la vita normale del capello, e la sua caduta che può essere acuta o cronica e dipendente da cause locali, da intossicazioni, da disturbi endocrini, i quali hanno grande significato specialmente nella alopecia areata, che sarebbe l'espressione di uno squilibrio organico.

A cause diverse corrispondono terapie diverse. Verranno quindi utilizzati volta a volta l'opote-

rapia, la cura di disturbi intestinali, ecc. Anche l'ingestione di dialisati di sostanze cornee potrebbe esercitare, secondo l'A., un'influenza favorevole da lui osservata per i peli della barba, di cui l'accrescimento sembra però obbedire a leggi diverse da quelle che governano quello dei capelli. Per la terapia, è anche importante irrobustire la costituzione generale e gli organi cutanei, ciò che si ottiene con l'arsenico e con lo zolfo. *fl.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 24 aprile 1295.
Presidenza del prof. E. ALFIERI.

Sopra un caso di leiomioma del tenue a rara complicazione.

GRIGNANI R. — Comunica un caso, operato dal prof. MORONE, di peritonite acuta circoscritta della fossa iliaca sinistra, che era stata determinata dalla perforazione di un tumore del tenue. Il tumore, che all'esame istologico risultò un leiomioma, si era sviluppato nella prima porzione del tenue, e deve aver subìto, con tutta probabilità, dei fatti di necrosi centrale sì da trasformarsi in una cavità, ed. in un secondo tempo, per ulcerazione della parete dell'intestino, si mise in comunicazione col lume enterico, d'onde infezione della cavità tumorale e sua perforazione secondaria.

La sacca peritonitica e la cavità del tumore contenevano, si può dire quasi esclusivamente, una grande quantità di nòcciolini d'uva, ivi raccolti di certo da lunga data, commisti a lacerti necrotici.

L'O. pensa che il tipo di complicazione determinato dal leiomioma nell'ammalata sia raro; rammenta però come i tumori benigni dell'intestino non siano rari come da qualche autore si ritiene, e come bisogna tener presente la possibilità della loro esistenza di fronte a certi accidenti acuti, molte volte inspiegabili.

«La reazione di Botelho»: suo significato e sua importanza clinica.

PICCALUGA e ANARDI. — Gli OO. prendono in esame tutti i dati statistici pubblicati fino ad ora, nei varî istituti, sulla Botelho, e gli elementi derivanti da ricerche sperimentali fatte personalmente.

Essi credono poter dedurre che la reazione non è specifica in quanto che non fa che mettere in evidenza un alterato rapporto fra siero-albumine e sieroglobuline a favore di queste ultime; alterazione che è presente in numeroso gruppo di malattie.

Citano tutti i dati clinici e sperimentali che permettono loro di arrivare a tali conclusioni. Credono in ogni modo che la reazione abbia un valore di probabilità che le statistiche pubblicate sino ad oggi fanno considerare come favorevole e che, data la semplicità della tecnica, la reazione possa sempre essere usata costituendo un aiuto nella diagnosi differenziale.

Il distacco delle cartilagini semilunari da trauma diretto.

PICCALUGA. — L'O. comunica un caso di distacco del menisco articolare interno da trauma diretto. Descrive i rapporti anatomici ed il complesso di condizioni che rendono possibile una tale genesi nelle lesioni dei menischi, pur essendo molto rara. Si sofferma sulla sintomatologia di queste forme in relazione all'entità della lesione anatomica. Basandosi su statistiche raccolte, discute i varî mezzi terapeutici proposti dai singoli autori, che si sono occupati dell'argomento, descrive la tecnica usata.

Sul comportamento di alcuni ammalati di tubercolosi polmonare trattati coi sali di bismuto.

G. BIGNAMI. — Riferisce sopra i risultati del trattamento di 12 pazienti affetti da tubercolosi polmonare trattati con citro-bismutato sodico a piccole dosi, sia per via ipodermica che mediante inalazioni. Avverte che è stato portato a sperimentare nella tubercolosi umana i sali di bismuto sia per il fatto che in acuni luetici ammalati di tubercolosi aveva potuto notare arresto od allontanamento nella evoluzione della forma tubercolare, sia per la constatazione di una maggiore resistenza di fronte alla infezione tubercolare, da parte tanto di cavie che di conigli trattati coi sali di bismuto.

Dal complesso delle sue osservazioni, protratte per oltre tre anni, l'O. pure affermando che esse sono relativamente troppo esigue ed ancora incomplete perchè si possano trarre da tali esperienze delle conclusioni decisive su di un argomento tanto vasto quanto delicato, è tuttavia portato a far presente il suo convincimento che il bismuto agisca in senso favorevole sul decorso della tubercolosi, naturalmente quando non si tratti di forme troppo avanzate od a rapidissimo decorso, sia migliorando le condizioni generali dell'organismo ed attivando i suoi poteri di resistenza, sia forse deprimendo le attività patogene del bacillo tubercolare.

Dott. FRANCESCO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La tubercolosi laringea ignorata.

La diagnosi della tubercolosi laringea è difficile, non solo per il polimorfismo delle lesioni locali, ma anche perchè esse non sono specificamente caratteristiche se non entro certi limiti. Essa è invece assai importante, specialmente per la profilassi sociale, in quanto che può essere primitiva ed il malato, quindi, continua a disseminare, a sua insaputa i germi.

Per la diagnosi clinica, escludendo naturalmente gli individui già affetti dalla forma polmonare ed a parte i sintomi generali della tubercolosi, si possono tener presenti anzitutto i sintomi extralaringei e specialmente il colorito delle pareti faringee, del velopendolo e dell'ugola. Queste parti si presentano pallide, talora leggermente livide, con marezzamento venoso superficiale; la mucosa è alquanto secca.

I sintomi con cui il malato si presenta al medico possono consistere nella disfonia, nella disfagia, nella dispnea. La prima si trova quando, o per lesione diretta delle corde vocali, o per condizioni morbose indirette non si ottiene la chiusura della glottide, oppure la tensione e la vibrazione delle corde danno luogo alla voce anormale. Essa è quindi provocata dalla semplice infiltrazione delle corde vocali, dalla loro iperplasia o dalla presenza di noduli o di veri granulomi ed anche da lesioni della regione mesoaritenoidea.

La disfagia e l'odinfagia (disfagia dolorosa) sono dovute a lesione dell'epiglottide, delle pliche ariepligottiche e delle aritenoidi. La dispnea dipende da edema glottico generalmente dovuto ad infiltrazione diffusa ed estesa della laringe, ma può anche dipendere dalla presenza di granulomi tubercolari nel lume della laringe o da infiltrazione grave dell'epiglottide o da fissazione delle corde vocali per esiti di condro-pericondrite. Bisogna tener presente che molto spesso i sintomi clinici sono lievissimi e solo un occhio esperto può sospettare o riconoscere la natura dell'affezione.

La diagnosi batteriologica ha le sue consuete limitazioni e quella istologica basata sulla biopsia, sarebbe decisiva, ma non è sempre possibile.

In complesso, come osserva V. Tanturri (*Il Morgagni*, 24 maggio 1925) il porre una diagnosi di tubercolosi laringea rimane sempre di grande difficoltà, specialmente se si tratta di una forma iniziale. Il clinico provetto ha, a suo vantaggio, un certo intuito, datogli dall'esperienza, di cui però non si deve abusare.

È essenziale frattanto richiamare l'attenzione dei medici sulle forme di tubercolosi laringea che, asintomatiche o con scarsi sintomi, decorrono ignorate e solo in un periodo avanzato permettono la diagnosi sicura. Lo specialista provetto riscontra alterazioni della laringe che vanno dal semplice ispessimento quasi vellutato della regione interaritenoidea alle note di una pericondrite iniziale crico-aritenoidea o tiroidea, a vere forme vegetanti granulomatose delle corde vocali o della commessura posteriore. Importanti sono gli edemi parziali della laringe che possono provocare gravi disturbi del respiro e le emorragie tracheali, dovute quasi sempre a periarterite tubercolare delle arterie tracheali.

Nè devono essere tralasciati i mezzi diagnostici generici dell'infezione tubercolare e le diverse manovre proposte, quale il toccamento della lesione con cloridrato di cocaina che, nelle forme tubercolari non provoca nessuna modificazione nell'aspetto (prova di Lermoyez), l'esame del sistema gangliare con speciale riguardo al ganglio antero-laterale dell'osso joide, di cui l'infiltrazione sembra patognomonica dell'infezione tubercolare.

L'importante è che ogni individuo, che presenti una sintomatologia sia pur lieve a carico della laringe venga esaminato a fondo; si studino bene le forme dubbie di laringiti catarrali e non si rifugga dagli esami siano essi pure lunghi e stancanti, poichè lo impone l'interesse dell'individuo e della società.

fil.

Sulla paralisi del nervo ricorrente laringeo.

Le operazioni sulla tiroide, osserva W. Howart (*British med. journ.*, 15 marzo 1924), producono facilmente la paralisi di una corda vocale, che di solito non si diagnostica perchè i sintomi non sono evidenti. La corda opposta rapidamente compensa l'insufficiente abduzione della corda lesa, e la transitoria raucedine che talora si è presentata suole essere attribuita ad altre cause.

Il nervo ricorrente è vulnerabilissimo: talora fu sufficiente la trazione con un divaricatore per produrne la paralisi, la quale non guarì che dopo un anno: e in qualche caso non si ebbe mai il ripristino della funzione.

Vi sono pure casi di paralisi del ricorrente prodotta dalla semplice concussione, senza lesione esterna, ad es., per lo spostamento d'aria prodotto da scoppi di artiglieria.

DORIA.

Aerofagia e rinofaringite.

Secondo Ameuille e Tarneaud (*Société des hôpit*, Paris 20 febbr. 1925) ripetono che la rinofaringite è causa frequente di aerofagia: questa occorre ricercare e curare in ogni caso di aerofagia. L'osservazione seguente ne dà l'illustrazione.

L., quarantanovenne, dimagra, perde le forze, ha tosse: viene curata come tubercolosa a malgrado un esame clinico perfettamente negativo per alterazioni dell'apparato respiratorio. Ma con l'interrogatorio si riesce a sapere che da 14 mesi, quasi tutte le notti, ha senso di gonfiore all'epigastrio cui fa seguito vomito accompagnato da eruttazioni sonore ed evacuazioni gassose abbondanti. Al vomito la p. ricorre con la provocazione digitale. All'esame della gola si nota del pus che scorre dietro il velo palatino: i seni sono opachi alla diafanoscopia ed alla radiografia. Una puntura dei seni estrae del pus fetido: si drena e si vuota il seno delle fungosità che contiene. L'indomani stesso dell'operazione, i disturbi dispeptici scompaiono.

L'evoluzione dunque della malattia era avvenuta in un primo tempo con una sinusite mascellare bilaterale, in un secondo tempo con la evacuazione del pus in determinate posizioni del corpo e specialmente la notte: la malata nelle prime ore del sonno deglutiva il pus che cadeva nel suo rinofaringe e nello stesso tempo dell'aria. La distensione gassosa dello stomaco produceva il vomito e le eruttazioni. Molte altre osservazioni provano agli AA. che in un gran numero di aerofagie il meccanismo debba essere identico: presenza nel cavo e sulla parete posteriore del faringe di muco pus di origine nasale o naso faringea la cui deglutizione porta all'ingestione di gas. Le *poussées* di aerofagici che noi spesso osserviamo nell'inverno, sono consecutive a *poussées* di rinofaringiti: l'aerofagite compare dopo la lesione nasale acuta alla quale sopravvive per molto tempo.

MONTELEONE.

Sulla diagnosi e sulla cura dei tumori linfo-epiteliali del cavo naso-faringeo.

G. Ferrerl (*Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma*, 1924) presenta uno studio interessante e dettagliato sopra i tumori linfo-epiteliali del cavo naso-faringeo, ne discute la diagnosi differenziale e ne descrive un caso brillantemente guarito da oltre un anno dopo la cura radioterapica. I linfo-epiteliomi sono tumori branchiogeni entodermici ad accrescimento diffusivo e infiltrante. Si presentano nei pressi delle tonsille, del palato duro e molle e dell'epifaringe; in quest'ultima regione appunto mostrano particolare tendenza al loro impianto e sviluppo. Alexander Schmincke fu il primo che richiamò l'attenzione degli anatomo-patologi sopra simili neoplasie. Esse nascono dal bottone epiteliale solido dell'abbozzo primordiale delle tonsille palatine e di quella del Luschka; bottone epiteliale in cui gli elementi cellulari vanno a poco a poco rarefacendosi ed allontanandosi, mantenendosi però sempre in contatto fra loro per mezzo di sottilissimi prolungamenti protoplasmatici, che in ultimo determinano un finissimo reticolo bene differenziato, in cui immigra una grande quantità di linfoblasti e linfociti. Due pertanto sono i parenchimi che riscontriamo nel linfo-epitelioma adulto: l'uno costituito dagli elementi linfoblastomatosi, l'altro dalle formazioni epiteliali. Queste cellule epiteliali s'adunano in tanti cordoni o zone ben distaccate dal parenchima linfoblastomatoso, in cui possono ordinarsi alla stessa guisa dei corpuscoli linfoidi del comune tessuto linfoide. Dal reticolo nascono e crescono anche elementi epitelioidi che si uniscono in larghe masse sinciziali con il reticolo stesso.

I linfo-epiteliomi del cavo si osservano in tutte le età e con eguale frequenza nei due sessi. Non ulcerati all'inizio, nè dolenti, acquistano man mano carattere infiltrante ed ulcerativo e possono dar luogo ad emorragie mortali. Per lo più non danno metastasi ganglionari. La diagnosi differenziale deve essere stabilita fra un linfo-epitelioma, un fibroma, un carcinoma, un endotelioma, un sarcoma ed un linfosarcoma.

Caratteristica dei linfo-epiteliomi è la loro scomparsa, se colpiti a tempo, con la Roentgenterapia profonda. Il caso riportato dall'autore in un giovane di 27 anni è perfettamente guarito dopo 8 applicazioni di raggi e la guarigione oramai data da più di un anno.

POLLITZER.

Ablazione delle vegetazioni adenoidi seguita da meningite tubercolare.

Rouèche (*Journal de médecine de Paris*, 21 marzo 1925) riporta il caso di un bambino di 3 mesi e 1/2, in buone condizioni di sviluppo, che venne operato per vegetazioni adenoidi senza alcun incidente. Al 4° giorno insorse febbre a 38°,5, vomiti e rigidità della nuca; la puntura lombare confermò la diagnosi di meningite tubercolare, in seguito alla quale il bambino morì dopo pochi giorni. L'A. venne poi a scoprire che il nonno del bambino che con lui conviveva era un vecchio tossicoloso; l'esame fisico portò al reperto in esso di lesioni tubercolari aperte, di cui la natura venne confermata dal reperto positivo del bacillo di Koch negli sputi. Il bambino era stato evidentemente contagiato dal nonno ed, in

seguito, il traumatismo chirurgico aveva permesso la localizzazione meningea rapida di una tubercolosi che si sarebbe sviluppata ulteriormente, forse con esito meno tragico.

Da questa osservazione, che non è isolata, si deve dedurre la conseguenza pratica che, prima di operare un poppante di adenoidi, occorre pensare alla possibilità di una esistente contaminazione tubercolare, come ci si informa di possibili incidenti emorragici. Si dovrà quindi ricercare se nell'ambiente in cui vive il malato, vi è la possibilità di una contaminazione. A questa età, la ricerca della cutireazione sarà di un aiuto evidente, in quanto che, se positiva, costituirà una controindicazione all'intervento. *fil.*

Nella laringite tubercolare.

Mentolo	gr.	1
Balsamo del Perù	»	3
Tintura di benzoino	»	30
Tintura di eucalipto	»	60
Acqua coob. di lauroceraso	»	15

Un cucchiaino da caffè nell'acqua bollente: per inalazioni.

IGIENE.

Il verde di Schweinfurt come antilarvale.

Da una circolare del Ministero dell'Interno sulla lotta contro la malaria stralciamo le istruzioni relative all'impiego del verde di Schweinfurt per l'uccisione delle zanzare durante la vita acquatica.

« Recentemente è stato introdotto nella pratica antilarvale il *verde di Schweinfurt*, detto anche verde di Parigi, col quale nome si può confondere un'altra sostanza colorante derivata dalla rosanilina.

Il *verde di Schweinfurt* è costituito da un sale doppio: *arsenito ed acelato di rame*.

Agli effetti larvicidi deve scartarsi il verde che contenga meno del 50 % di anidride arseniosa.

In pratica il *verde Schweinfurt* si usa mescolandolo, allo scopo di diluirlo, con una polvere inerte e di poco costo, nel rapporto da 1 a 100; e cioè una parte di verde e 100 di polvere.

Si ricorre, per ciò, in genere alla polvere di strada che viene liberata dalle particelle grosse: paglia, ecc., o meglio setacciata, quando si voglia spandere la miscela con mezzi meccanici.

Nello spandimento della polvere si tenga presente che un grammo di *verde Schweinfurt* è sufficiente per 10-12 metri quadri di superficie idrica.

Per spanderlo si può usare uno dei comuni soffietti, che si usano dai viticultori per spandere lo zolfo, oppure si può spanderlo con le mani, come l'agricoltore che semina il grano, profittando del favore del vento.

In queste operazioni si deve curare:

a) che siano vigilate dall'Autorità sanitaria comunale;

b) che il « verde » sia conservato in luogo adatto esattamente custodito e con l'indicazione di « veleno »;

c) che il « verde » e la polvere di strada siano ben mescolati. Ciò si può, per esempio, ottenere, mettendo l'uno e l'altra in una latta e rotolandola per terra;

d) che l'operatore abbia cura di collocarsi in modo che il vento porti la polvere lontana da sè, evitando di inspirarla, curando di lavarsi accuratamente e di cambiare abiti ad operazione finita;

e) che siano accresciute le cautele per l'impiego nelle acque utilizzate per uso domestico e per abbeveraggio del bestiame e che ne sia evitato l'uso nelle peschiere.

Nella quantità di un grammo per 10 metri quadrati di superficie il *verde di Schweinfurt* non uccide le ninfe, perchè non si nutrono, e molte larve di Culex, le quali non si nutrono in superficie.

Il pregio più rimarchevole di questo larvicida, malgrado l'inconveniente dell'alta tossicità, che richiede perciò rigorose cautele per la conservazione e per l'uso, specialmente in rapporto alla qualità delle raccolte di acqua da trattare, sta nel fatto, che spiega la sua efficacia larvicida, anche nelle località più ricche di vegetazione, senza che occorra alcuna opera preventiva di diserbamento, per solito costosissima ».

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla cura dell'ipertensione. — All'abb. n. 4491:

Una pressione, che supera i 180 mm. al Riva-Rocci, anche se riguarda un individuo sulla settantina, è alta, e merita considerazione seria.

Lo stesso dicasi per una pressione di 160 mm. in soggetto quarantenne.

Il dato non è, com'Ella dubita, preoccupante: ma va studiato nella sua genesi.

Una cura contro la pressione *ex sè*, cogli ipotensivi, è irrazionale, da un lato, effimera dall'altro.

L'ipertensione è quasi sempre l'effetto di una causa determinata, e sovente ne è il meccanismo compensatorio, che non va turbato con aggressione diretta, ma che va, per quanto è possibile, modificato, agendo sulla causa stessa.

Una cura generica e diretta dell'ipertensione quindi non può essere consigliata.

Assodare se essa è l'espressione di una lesione renale, di arteriosclerosi, di intossicazioni, o se anche — ma giudizio nella pericolosa affermazione! — è primitiva.

E fare la cura conseguenziale, rivolgendosi al rene, all'app. circolatorio, alle sorgenti tossiche.

Solo nell'ipertensione primitiva possono in un certo senso consigliarsi gli ipotensivi generici: fra questi i primi posti spettano alla trinitrina, alla teobromina, alla diuretina. *Sni.*

Cura « nasale » dell'asma. — All'abb. n. 1331, Alimena:

Che alcune forme riflesse di asma guariscano con la causticazione della mucosa nasale, è vecchia nozione. Sono casi bene determinati e limitatissimi, nei quali esistono alterazioni individualizzabili ed individualizzate del naso, come polipi, vegetazioni e simili.

Altrimenti la causticazione della mucosa nasale non fa nulla, e nessun medico specialista serio la farebbe.

L'essenza vera dell'asma bronchiale ancora ci sfugge: conosciamo solo un certo numero di forme riflesse ed alcune — ma anch'esse da accettarsi *cum grano salis* — anafilattiche.

Affermare che pressochè ogni caso d'asma guarisca modificando la mucosa nasale è contrario alla realtà clinica; e consigliare questo metodo a pazienti, i quali non siano nelle rigorose condizioni suesposte, e bene accertate, significa esporsi ed esporli a sicuro insuccesso.

Questa è la verità, nonostante ogni affermazione in contrario. *Sni.*

Gli arsenobenzoli nella tabe. — Al dott. A. F. da T.:

Gli arsenobenzoli, specie nei primi stadi e quando non vi siano lesioni dei nervi ottici, sono indicati nella tabe: alcuni autori anzi (Leredde) li consigliano come mezzo di sicura efficacia per arrestare il decorso del male.

Nella lues cerebro-spinale propriamente detta l'uso di questi preparati, ad azione vaso-dilatatrice ragguardevole, è subordinato alle condizioni generali dei singoli malati ed al criterio del medico il quale, in questi casi più che mai, deve avere come guida costante il « primum non nocere! ». V. MONTESANO.

All'abb. n. 3672-1:

In italiano non esiste un trattato completo, ampio e recente di neuropatologia nè uno di anatomia clinica dei centri nervosi oltre quello di Mingazzini. Supplisce in gran parte il trattato d. *Diagnostica delle malattie del sistema nervoso* de. Fumarola, nel quale ogni parte è preceduta da un capitolo di anatomia clinica sufficientemente ampio. Fra i vari manuali e monografie riguardanti la neuropatologia in francese restano sempre buoni e alcuni ottimi, per quanto non recentissimi, i volumi, dal 31° al 38°, del *Traité de Méd. et de Thér.* diretto da Gilbert et Thoinot. Più recente, ma più breve, è la « Neurologie » in due tomi (vol. VI) del *Traité de Méd. et de Thér. appliquée*, diretto da E. Sergent, Ribadeau-Dumas e Babonneix.

Riviste di pura neurologia in francese non conosciamo che la *Rev. Neur.* e *L'Encéphale;* in tedesco è consigliabile (ma costosa) la *Zeitsch. f. die Ges. Neur. und Psych.* che pubblica, oltre ai fascicoli di « referata », 4 o 5 volumi all'anno di articoli originali. AYALA.

All'abb. n. 11146-2:

Nei restringimenti uretrali ribelli la fibrolisina, somministrata per via ipodermica, è indicata e il suo uso spesso dà risultati soddisfacenti.

V. MONTESANO.

All'abb n. 10124:

Un recente trattato italiano sulla tubercolosi è « La tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale » di Carpi e Ronzoni edita dall'Istituto Editoriale Scientifico di Milano, via Monte Napoleone, 35.

Dell'organizzazione dispensariale tratta diffusamente il II volume dello Stato attuale della lotta antitubercolare, « assistenza dispensariale », edita recentemente dalla Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, Editrice Salute e Igiene, piazza del Popolo, 18, Roma.

G. M.

VARIA

Lo stetoscopio elettrico.

Già noto da tempo, ed usato nelle università americane, esso è stato recentemente perfezionato. Permette a numerosi ascoltatori di udire contemporaneamente, e per mezzo di esso si è riusciti, con risultati che si affermano soddisfacenti, a riprodurre le impressioni acustiche con apparecchi altisonanti, così da poterne serbare ricordo obbiettivo su dischi fonografici; ciò che, in verità, ci pare un po' troppo. Lo stetoscopio elettrico permette di filtrare i suoni, cioè di escluderne i componenti di una certa altezza, ciò che si è dimostrato utile nell'ascoltazione dei polmoni, e de-

gli sfregamenti pericardici. L'amplificazione da esso consentita è preziosa nello scoprire i toni fetali.

DORIA.

Il vaiolo negli Stati Uniti.

Nel primo semestre del 1922 si ebbero negli S. U. d'A. 7170 casi di vaiolo, con mortalità di 3.1 per cento; nel primo semestre 1923 si ebbero 7355 casi con mortalità 0.8 per cento; nel primo semestre 1924 si ebbero 18,811 casi con mortalità di 1.3 per cento.

Mortalità dei medici nel 1924 negli S. U. A.

Nel 1924 negli S. U. d'A. sarebbero morti 2536 medici che rappresenta il 17,37 per mille del totale.

La percentuale media degli ultimi 20 anni è appunto del 17 per mille; cioè nel 1924 sono morti proprio quelli che dovevano morire.

Per l'età si oscilla da 22 a 99 anni; la massima parte muore nell'età tra i 50 e 70.

893 colleghi sono morti di disturbi circolatori; 294 di emorragia cerebrale; 138 di cancro; 59 di tubercolosi; 9 di meningite; 6 di encefalite epidemica; 6 di tumori cerebrali; 4 al manicomio.

Una parte di questi medici ha opportunamente cambiato mestiere: 10 erano presidenti di Banca, 2 giudici, e uno era passato nelle missioni.

(*Pathologica*, 1 apr. 1925).

Per regolare il sesso dei nati.

La signora Agnese Bluhm tratta i topini bianchi maschi con alcool, yohimbina, caffeina ed avrebbe ottenuto un notevole aumento della percentuale dei maschi nel suo allevamento.

Il trattamento delle femmine non avrebbe avuto nessuna importanza.

La signora Agnese Bluhm ritiene che il maschio produca due tipi di spermatozoi, uno che darà maschi e una che darà femmine.

Data la qualità delle droghe usate la signora Bluhm pensa che il meccanismo d'azione possa essere in rapporto con alterazioni della motilità di un tipo di nemasperma.

(*Ibidem*, 15 mar. 1925).

Ringiovanimento femminile?

Pettinari nei laboratori di Aldo Perroncito ha ottenuto risultati favorevoli dall'innesto omoplastico di ovaie in animali vecchi.

Egli innestò un'ovaia di giovane canina in una cagna di 17 anni, molto grassa, asmatica e dopo breve tempo potè osservare notevole mglioramento dell'animale anche dal punto di vista sessuale.

Un altro innesto di ovaie venne fatto ad un bracco di 12-13 anni, maschio; anche in questo caso i risultati furono molto soddisfacenti.

(*Ibidem*).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

FUSCO GENNARO. *Sull'uso dell'ammoniaca nelle colorazioni microbiche coi sali d'argento e col bleu di metilene nella colorazione del sangue malarico.* — Roma, Stab. Poligrafico Amm.ne Guerra, 1922.

GOGLIA GABRIELE. *Sul potere complementare del sangue dei leucemici.* — Parma, Tip. Mutilati e Invalidi di Guerra, 1922.

ID. *La sindrome mediastinica della stenosi mitralica pura.* — Napoli, N. Jovene, 1922.

GENNARO CANDIDO. *Semplice e pratica modifica dell'ureometro di Danecy.* — Napoli, G. Barca, 1922.

GHILLINI CESARE. *Fratture da sforzo da taglio.* — Bologna, L. Cappelli, 1922.

GILBERTI PIETRO. *Le sinusili mascellari.* — Bergamo, Pietro Brevi, 1922.

GORIA CARLO. *La simulazione delle psicopatie.* — Pesaro, G. Federici, 1922.

GROSSI L. e DA RIN O. *Sulle modificazioni dell'indice opsonico provocate dalla tossina del bacillo di Pfeiffer nel decorso delle malattie acute e croniche.* — Milano, Franc. Vallardi, 1922.

JAJA FLAVIO. *Fisiopatogenesi cellulare ed ibridismo.* — Bari, G. Cavaniglia, 1922.

KIELLAND CHR. *Die Anlegung der Kielland'schen Zange.* — Berlin, S. Karger, 1922.

LAUREATI FRANCESCO. *L'Ospedale militare di riserva N. 1 nei cinque anni di suo funzionamento.* — Tolentino, Tip. « F. Filelfo », 1921.

MERZADROLI GIUSEPPE. *Contributo allo studio dei fermenti lattici e dei fermenti proteolitici.* — Bologna, Stab. Poligr. Riuniti, 1922.

MONTI GIUSEPPE. *Riassunto clinico statistico del triennio 1919-1921 dell'Ospedale Civile G. B. Morgagni di Forlì (Sezione Medica).* — Forlì, Coop. Tip. Forlivese, 1922.

MAIOLO BONAVENTURA. *Un caso di intossicazione acida in seguito a cura novarsenobenzolica.* — Napoli, Enrico M. Muca, 1922.

MARCHESINI. *Cellule di Bizzozero o megacariociti e piastrine.* — Napoli, N. Jovene e C., 1922.

MAZZOLANI DOMENICO. *Il problema del latte a Tripoli.* — Tripoli, Tipo-Litogr. della Scuola d'Arti e Mestieri, 1922.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LI. — Il limite di età nei concorsi alle condotte mediche.

L'art. 27 del R. D. 19 luglio 1906, n. 466 stabilisce che non dovrà essere apposta alcuna condizione di limite massimo di età per i concorrenti che abbiano prestato o prestino servizio in altre condotte.

Da tale limite massimo di età, secondo la giurisprudenza della IV Sezione, sono dispensati anche i medici che abbiano prestato servizio *soltanto interinale*, poichè « il medico interino, che sia nominato con deliberazione consigliare ad un posto di ruolo, non può paragonarsi ad un semplice impiegato avventizio, in quanto il suo servizio è valido per la pensione ed anche per l'acquisto della stabilità, quando si ricongiunga ad un servizio prestato dopo nomina su concorso ».

La disposizione dell'art. 27 parla di servizio prestato in altre condotte; ma è evidente che, a maggior ragione, vale per esonerare dal limite di età il servizio prestato nello stesso Comune.

Questa risoluzione contenuta nella decisione 23 gennaio 1925, n. 166 della IV Sezione del Consiglio di Stato conferma una giurisprudenza ormai costante: eccettuato il caso di semplice supplenza del titolare assente, qualsiasi servizio, in qualità di titolare o di interino, è compreso nella disposizione dell'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 e rende possibile la partecipazione al concorso senza limiti di età, purchè s'intende, il concorrente abbia le condizioni normali di idoneità fisica.

LII. — Norme circa l'attività delle Commissioni giudicatrici dei concorsi.

Se la Commissione giudicatrice di un concorso abbia stabilito categorie diverse per titoli di studio e di servizio, a ciascuna delle quali dovesse essere attribuito un certo numero di punti, non costituisce nullità la circostanza che dal verbale non risultino i punti riportati dai singoli candidati, per ciascuna categoria.

È necessario che alle riunioni della Commissione intervengano tutti i componenti, qualora si tratti di esaminare i titoli dei concorrenti e di deliberare circa il valore di essi e il merito dei candidati o l'ammissione al concorso; ma non è indispensabile l'intervento di tutti i Commissari qualora nella adunanza non si deliberi ma si prenda visione dei titoli senza formulare giudizi.

(Consiglio di Stato, sez. V, decisione 13 marzo 1925, n. 143, ric. Rosselli).

LIII. — Efficacia delle norme sopravvenute, in rapporto ai concorsi.

Essendo il concorso un procedimento diretto a conferire la nomina a coloro che risulteranno più meritevoli, il diritto quesito non si perfeziona se non con l'atto finale e conclusivo del concorso e cioè con l'attribuzione del posto. Gli altri atti sono d'indole preparatoria e quindi non costituiscono che semplici aspettative. Pertanto se, prima della chiusura del concorso, sopravvenga una legge che modifichi le condizioni di ammissione, non si può ai fini dell'applicazione della nuova disposizione fare distinzione tra i concorrenti già ammessi e quelli che non hanno ancora conseguito l'ammissione: ma tutti devono essere trattati con identico criterio, cioè tutti devono essere sottoposti alle nuove disposizioni.

Nel caso così deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 6 febbraio 1925, n. 193, si trattava di un concorso a sede notarile; ma il criterio di massima ha carattere generale e riguarda tutti i concorsi.

Più interessante è un'altra quistione. Pongasi che, compiuto il procedimento e deliberata la nomina, questa sia denunziata per illegittimità e sia annullata — sicchè si debba rifare o la nomina o anche la graduatoria — e che, frattanto, sopravvengano disposizioni nuove concernenti per es. titoli di preferenza; si devono applicare le norme che erano in vigore al tempo in cui il concorso fu espletato o si devono osservare le disposizioni nuove?

A noi sembra che, in tal caso, dovendosi eseguire una decisione di annullamento e dovendosi perciò rifare un giudizio viziato da illegalità, le parti e l'organo amministrativo deliberante siano rimessi nelle condizioni in cui erano al tempo del provvedimento impugnato. Se l'autorità giurisdizionale che annulla il concorso non avesse un semplice potere negativo ma potesse giudicare in merito e attribuire la nomina al concorrente che secondo il giudicato ne ha diritto, l'autorità giurisdizionale dovrebbe certamente applicare le norme che erano in vigore al tempo della deliberazione illegittima. Non diversa è la situazione se l'autorità giurisdizionale ha soltanto il potere negativo di annullare e l'atto illegittimo debba essere rifatto dall'organo deliberante secondo i criteri stabiliti dal giudicato.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

LIV. — Limiti delle facoltà del Comune in sede di nomina.

È oramai *jus receptum*, derivante dalla costante interpretazione che dell'art. 98 del regolamento per l'esecuzione della legge comunale e provinciale hanno dato le Sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato, che il Consiglio comunale non può rifiutare di nominare i candidati, designati dalla Commissione giudicatrice di un concorso, per ragioni riguardanti le loro attitudini tecniche, ma può non procedere alla nomina di essi per altre ragioni di incompatibilità fisica e morale, di indegnità o di legittimità del procedimento. In conformità di siffatti principi la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 13 marzo 1925, n. 145, ha annullato la deliberazione che aveva dichiarato inutilmente esaurito il concorso perchè la Commissione giudicatrice era incorsa in errori di apprezzamento sui documenti di alcuni concorrenti, tanto da determinare una classifica non accettabile.

LV. — Preferenze nei concorsi.

« L'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, il quale fu esteso ai concorsi per l'assunzione degli impiegati delle amministrazioni locali, dispone che nei concorsi al primo grado delle singole carriere a parità di merito sono preferibili, secondo un ordine ivi indicato, i benemeriti della guerra. L'amministrazione non può non applicare queste disposizioni adducendo che del servizio di guerra già tenne conto la Commissione giudicatrice del concorso, posto che i titoli dei concorrenti (non esclusi i titoli di servizio militare) furono valutati dalla Commissione stessa ai fini tecnici e professionali; il che non impedisce che del servizio di guerra possa e debba tenersi conto quale titolo di preferenza, a parità di merito nella nomina ».

A complemento di questa sintetica risoluzione della V Sezione del Consiglio di Stato (decisione 27 marzo 1925, n. 169) crediamo opportuno precisare le norme giuridiche che disciplinano le preferenze nei concorsi a favore dei benemeriti della guerra.

In questa materia, dopo l'inutile decreto del 1919 che stabilì un titolo di preferenza soltanto agli effetti della *graduatoria*, si sono fatte non poche confusioni, dovute in gran parte alla redazione imperfetta delle norme dei vari decreti, i quali, invece di regolare chiaramente ed espressamente per gli impiegati degli enti locali i titoli e i limiti della preferenza, hanno fatto riferimento alle disposizioni concernenti gli impiegati dello Stato.

L'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 dispose così: « fermi restando i diritti concessi dalla legge 21 agosto 1921 n. 1312 agli invalidi di guerra, sono estese alle assunzioni ai posti presso le amministrazioni provinciali, comunali, ecc., le *preferenze* e le *precedenze* rispettivamente stabilite dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290 e dall'art. 7 3° comma del R. D. 28 gennaio 1923 n. 153, intendendosi sostituito al servizio prestato nelle amministrazioni dello Stato quello presso amministrazioni degli enti suddetti ».

Dunque, il decreto 24 settembre 1923 estende agli impiegati degli enti locali la disposizione del 3° comma dell'art. 7 del R. D. 28 gennaio 1923, la quale riguarda le *precedenze nella graduatoria* e quella dell'art. 9 del decreto 30 settembre 1922, la quale stabilisce un titolo di *preferenza nei concorsi.* Dice infatti l'art. 9: « Fermi restando i diritti concessi dalla legge 21 agosto 1921 n. 1312 agli invalidi di guerra, nei concorsi di cui al precedente art. 7, a parità di merito, sono preferiti nell'ordine seguente, ecc., ecc. ».

Con queste norme si vollero applicare soltanto le disposizioni concernenti la preferenza nella graduatoria? Se così fosse sarebbe stata inutile la disposizione del R. D. 24 settembre 1923, perchè c'era già quella del R. D. 18 settembre 1919 la quale regolava la precedenza nella graduatoria. Ma il riferimento ebbe contenuto più ampio.

Il sistema stabilito dalla legge per gli impiegati dello Stato considera due ipotesi: a) *precedenza nella graduatoria per i posti che dovranno essere conferiti senza concorso* (art. 7, terzo comma, R. D. 20 gennaio 1923); b) *preferenza nei concorsi a parità di merito* (R. D. 30 settembre 1922).

Alle due diverse ipotesi corrisponde una precisa espressione caratteristica: *precedenza* nella graduatoria; *preferenza* nei concorsi. Agli impiegati degli enti locali l'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 ha esteso così le precedenze previste nell'art. 7 terzo comma del decreto del 1923, come le preferenze stabilite dall'art. 9 del decreto del 1922.

Se la legge avesse voluto limitare gli effetti del titolo di preferenza alla sola graduatoria, non avrebbe richiamato anche l'art. 9 del decreto del 1922, ma avrebbe fatto riferimento soltanto all'art. 7 terzo comma. Invece, l'art. 3 del decreto 24 settembre 1923 estese agli impiegati degli enti locali le precedenze nella graduatoria e le preferenze nei concorsi; sicchè il titolo dipendente dalle benemerenze militari fu considerato efficace in ogni caso, a parità di merito: o si provvede alla nomina senza concorso e in base a graduatoria e, in questa ipotesi, il titolo è operativo di effetti nell'ordine della graduatoria che vincola l'amministrazione a nominare i concorrenti secondo l'ordine stesso; o si provvede in base a concorso, con facoltà di scelta, senza che cioè

l'ente sia vincolato dalla graduatoria (come per es. nel caso dei medici condotti) e in questa ipotesi la preferenza è efficace in rapporto alla nomina; cioè, a parità di merito, è limitato il potere di scelta del Comune.

In materia così delicata sarebbe stata certamente preferibile una norma esplicita e precisa; ma a noi sembra che la interpretazione esatta delle varie disposizioni, correttamente coordinate, non si possa prestare a dubbi valutabili.

LVI. — Dispensa per soppressione di posti.

Soppressa una delle due condotte del Comune non si deve ritenere risoluto il rapporto d'impiego in confronto dei due medici condotti titolari, ma si deve provvedere soltanto al licenziamento di uno dei due sanitari, poichè la lettera e lo spirito del R. D. 27 maggio 1923 n. 1177 sono diretti alla dispensa dal servizio del personale *esuberante*. (Consiglio di Stato Sez. V decisione 20 marzo 1925 n. 157 ric. Favilli dottor Oreste).

Dovendosi provvedere alla dispensa del personale esuberante in seguito a riduzione di posti, qualora si addivenga al licenziamento di alcuni invece di altri, per scarso rendimento di lavoro, tale motivo deve nella deliberazione relativa non essere vagamente accennato, ma chiaramente e completamente esposto, nè deve essere contraddetto o dar luogo ad incertezze per altre circostanze che nella deliberazione stessa siano esposte a favore dei dispensati. (Consiglio di Stato Sez. V decisione 27 febbraio 1925 n. 114 ric. dott. Pugliese).

La prima risoluzione è ovvia e non richiede particolare illustrazione, essendo evidente che, soppresso uno dei posti di condotta, un solo medico deve essere licenziato e non si può invece ritenere che siano risoluti i rapporti giuridici con tutti i medici condotti per il solo fatto che un posto venga meno. Sembra perfino incredibile che certe tesi possano essere difese.

Più interessante è la seconda risoluzione, concernente la dispensa per scarso rendimento. Crediamo opportuno riportare la motivazione della decisione 27 febbraio n. 114.

« Osserva, infatti, il Collegio che il deliberato predetto se non è commendevole per una lunga e particolare motivazione non può dirsi che manchi addirittura di motivazione; si deve però riconoscere che questa è *sostanzialmente contraditttoria*. Dice infatti la deliberazione che il solo criterio da potersi tenere a base della dispensa dei due medici esuberanti è il rendimento della loro opera, val quanto dire « lo scarso rendimento » ai sensi dell'art. 3 del R. D. 25 gennaio 1923 n. 87, richiamato nell'art. 2 del R. D. 27 maggio 1923. *Ma tale scarso rendimento è semplicemente presunto, e neppure nominativamente; esso non è avvalorato e tanto meno provato con opportuni concreti elementi o con semplice motivazione di raffronto. Lo si cerca di dedurre da una presunta infermità per giunta con parole poco chiare*, con una costruzione di periodo involuto, non facilmente comprensibile, là dove si dice che il rendimento è in rapporto « alle cause di salute che ad *alcuni* (!?) impediscono l'esercizio continuo personale da doversi così per la notorietà delle condizioni personali giudicarsi di essere in uno stato di scarso rendimento.

« Ora, per gli articoli citati lo *scarso rendimento non deve essere presunto o argomentato, ma dev'essere sussistente cioè affermato e provato*.

« Il criterio predetto è poi in contraddizione con la stessa deliberazione e con i precedenti dei due sanitari, dispensati, come bene notano i difensori dei due ricorrenti. È in contrasto con la deliberazione stessa, in quanto la conclusione che due dei dottori sono in istato di scarso rendimento « non può non apparire contraddittoria con la chiara premessa con la quale il R. Commissario deliberante proclama che i tre sanitari che occupano la condotta medica sono « tutti e tre valenti professionisti », i quali « in tutte le occasioni hanno dimostrato altamente il loro valore scientifico e morale » tanto da meritare « plauso per il servizio prestato ». È in contraddizione, inoltre con i precedenti dei sanitari, poichè la deliberazione non contiene alcun accenno a lamento della popolazione, a richiami o quanto mai a congedi, supplenze frequenti che potrebbero dar ragione del presunto scarso rendimento.

« E, quasi ciò non bastasse, va notato che lo stesso giorno in cui si notificava ai due dispensati la deliberazione di licenziamento, uno di essi, il dott. Pugliese veniva riassunto in servizio come interino.

« Le quali contraddizioni fra le premesse e le conclusioni fra i vari concetti espressi nella deliberazione nonchè fra la dispensa e il successivo comportamento dell'Amministrazione costituiscono un evidente eccesso di potere che rende illegittima la deliberazione la quale perciò appunto deve essere annullata ».

Il caso deciso presentava certamente elementi marcatissimi di contradizione; ma importa ora rilevare il principio di massima concernente lo scarso rendimento: non basta, cioè, un semplice apprezzamento vagamente accennato, ma è necessario che il fondamento del giudizio sia concretamente esposto senza contraddizione intrinseca fra le premesse e la conclusione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per la libera scelta dei medici nelle Casse ammalati delle nuove Provincie.

E' stata diramata, in data 5 luglio, una circolare di cui riportiamo larga parte:

« Nelle nuove provincie esiste l'organizzazione delle Casse Ammalati, per cui ogni lavoratore od affigliato, riceve dalle medesime durante ogni malattia cure mediche gratuite compresi i medicamenti, nonchè una sovvenzione in danaro corrispondente al suo guadagno giornaliero.

Le spese relative a tali Casse vengono sostenute esclusivamente da contributi dei lavoratori od agenti e da contributi di coloro che li occupano.

Fin'ora prevalse il principio della libera scelta del medico e della farmacia, cioè l'ammalato iscritto alla Cassa, aveva il diritto di scegliersi fra i medici del luogo di dimora, il sanitario di sua fiducia e di prendere i medicamenti ordinatigli nella farmacia che gli garbava.

Tale è la Cassa Ammalati della città di Bolzano che pel passato, come altre simili istituzioni, fu retta da un preside liberamente scelto e che prestava gratuitamente l'opera sua.

Da circa un anno invece la stessa è diretta da un commissario prefettizio.

Lo stesso curò alla fine di giugno del 1925 l'apertura di un concorso per cinque medici a stipendio fisso che dovranno assumere il servizio della Cassa, mentre fino ad oggi sono a disposizione degli affigliati circa 40 medici, fra cui degli specialisti d'ogni ramo.

I lavoratori ed affigliati risentono amaramente il danno che loro deriva (per la tutela della loro salute) da tale limitazione non necessaria, tanto più giacchè la piena fiducia nel medico curante è un fattore importantissimo nella riuscita della cura, e d'altro canto medici stipendiati obbligati ad attendere alla loro mansione in un ambulatorio affollato, non potranno, colla miglior volontà, che dedicarsi in modo meno soddisfacente alla cura dei singoli, i quali per di più dovranno attendere pazientemente il loro turno con perdita di tempo e di guadagno non trascurabili.

D'altro canto anche i datori di lavoro hanno tutto l'interesse a procurare che le persone da loro impiegate godano il beneficio di visite accurate e di cure speciali cui hanno pieno diritto, ed alle quali da anni sono abituati.

Non è segno di previdenza sociale e finanziaria il concedere le entrate derivanti dalle casse, a cinque persone, mentre finora esse davano sussistenza a quaranta professionisti che puntualmente versarono le loro imposte.

E non corrisponde certo ad un provvedimento di carattere sociale il voler cangiare in un senso tanto regressivo un'istituzione antica e che fece di sè ognor buona prova, ed operò a beneficio dei lavoratori ammalati, permettendo nello stesso tempo che medici ed amministrazione delle casse sussistessero ottimamente.

In ogni altro centro si vuole abolire la libera scelta dei medici per introdurre medici delle Casse a stipendio fisso, mentre la scelta libera si è dimostrata ottima.

Le sottofirmate Corporazioni che si sentono direttamente od indirettamente danneggiate da tale progettato sovvertimento, desiderano ardentemente che si conservi l'antico ordinamento, come pure che nelle Amministrazioni delle Casse tanto lavoratori che datori di lavoro possano nuovamente far sentire la loro voce almeno quali consiglieri d'amministrazione, e pregano che l'avviso di concorso suddetto venga ritirato giacchè non può esser stato che la conseguenza di informazioni erronee ».

I due segretari dei Sindacati nazionali fascisti dei sanitari dell'Alto Adige — I rappresentanti dell'Alto Adige nell'Ordine dei medici di Trento — L'Associazione dei medici di Bolzano — I farmacisti proprietari di Bolzano — Il Gremio commerciale Bolzano — L'Unione mercantile Bolzano — Il Sindacato degli albergatori — Federazione della industria edile Bolzano — L'Unione dei falegnami e tornitori — L'Unione degli stampatori, ecc. ecc.

Per i figli dei medici morti in guerra.

Il giorno 31 maggio u. s. si adunò in Roma alla Direzione generale della Sanità Militare il « Comitato di soccorso ai figli dei medici caduti in guerra o morti per malattie contratte in guerra »; presiedeva il ten. gen. dott. Della Valle.

Fu deliberato sull'ammissione di alcuni orfani nel Collegio di Perugia. Il sen. prof. Simonetta dichiarò di aver già accolto otto orfani di Medici morti in guerra a carico dell'ente da lui presieduto. Le richieste di borse di studio e soccorsi sono finora circa 73. Risultarono da accogliersi per le non buone condizioni familiari circa 41.

Fu discussa la parte finanziaria. I rappresentanti dei vari Ordini dei Medici al Congresso straordinario della Federazione degli Ordini si impegnarono a pagare una quota capitaria annua per ogni inscritto in Albo. Pochissimi sono gli Ordini che hanno fatto il versamento. — Si fa viva preghiera ai Colleghi di voler sollecitare l'Ordine cui appartengono a deliberare il contributo al più presto e al più presto pure fare il versamento al Segretario-Cassiere cap. dott. Bocchetti, Direttore del Sanatorio d'Anzio. In quest'anno la quota capitaria degli Ordini, che fecero il versamento, fu stabilita in lire 2.

Ognuno intenda e senta il dovere che la classe medica italiana ha di andare in soccorso dei figli dei colleghi, che per la Patria sacrificarono la vita.

Quest'appello fatto nel giornale il *Medico Condotto* difficilmente arriverà a tutti i Presidenti degli Ordini. Chi legge quest'appello faccia su-

bito pratiche presso il relativo Ordine affinchè deliberi e invii la somma.

Gli Ordini che non provvedessero mancherebbero all'impegno preso per mezzo dei loro rappresentanti. Gli Ordini che non intervennero al Congresso straordinario avranno uno slancio di riconoscenza verso i Caduti e concorreranno a quest'opera doverosa di soccorso.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Controllo igienico del latte.

Il Ministero ha diramato ai prefetti la seguente circolare:

« Il costante e progressivo sviluppo della produzione e del commercio del latte destinato al consumo diretto, richiede una adeguata intensificazione del relativo controllo igienico, in guisa che risulti in ogni caso garantita la salubrità e la purezza di tale prezioso alimento.

Pertanto le SS. LL. provvederanno affinchè nei Regolamenti Comunali di Igiene siano inserite, ove manchino, ed in ogni caso siano in particolar modo richiamate per l'osservanza le necessarie norme per il razionale svolgimento del controllo di che trattasi.

Tali norme, in relazione con quanto al riguardo è disposto dal T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, colle aggiunte portate dagli articoli 60 e 61 del R. Decreto 30 dicembre 1923, n. 2889, del Regolamento Generale Sanitario 3 febbraio 1901, n. 45, e dal Regolamento 3 agosto 1890, n. 7045, dovranno essere dirette ad assicurare:

a) che sia esercitata, da parte dei Veterinari Comunali, una efficace vigilanza sullo stato di salute degli animali lattiferi, sull'ambiente in cui questi vivono, nonchè sulle operazioni di mungitura e di raccolta del latte;

b) che sia attentamente vigilato dall'Autorità sanitaria affinchè il trasporto del latte, dalle stalle ai luoghi di deposito, di conservazione o di lavorazione, si effettui in idonei recipienti, tenuti con rispetto alle norme igieniche e portanti indicazioni circa l'origine, la località di provenienza e la qualità del latte contenuto;

c) che sia intensificata la vigilanza per impedire, negli spacci di vendita al pubblico e nella distribuzione a domicilio, lo smercio di latte insalubre o comunque non corrispondente alla denominazione con la quale è designato o richiesto.

Considerata poi la importanza assunta in questi ultimi tempi dalla preparazione del latte con speciali sistemi, che ne consentano il trasporto a grandi distanze (latte refrigerato, condensato, essiccato, ecc.) occorrerà accertare, mediante accurata, assidua vigilanza sanitaria, che le varie operazioni inerenti alle relative preparazioni, come pure quelle di reintegrazione eseguite nei luoghi di consumo, avvengano con le necessarie garanzie della igiene ed in guisa che anche per gli elementi costitutivi ne risulti un latte corrispondente a quello naturale ». *Pel Ministro*: GRANDI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGNATINA (*Bergamo*). — Consor., per 500 pov.; ab. 4500; L. 6000 e addiz. L. 2 per ogni iscritto; addiz. L. 5 per iscritti alla sola A. M. C.; c.-v.; L. 500 ambul.; trasp. L. 500, 1000, 2000 a seconda del mezzo. Scad. 31 luglio.

COLLESANO (*Palermo*). — Scad. 31 lug. Per Scillato. L. 8250, oltre L. 2000 cav.

DEGO (*Genova*). Scad. 13 ag.; Kmq. 34 (di cui 12 in piano e 22 in collina); ab. 2325; pov. 960; stip. residenziale L. 8400; addizionale L. 500; mezzo trasp. L. 300; uff. san. L. 500. Farmacia; ferrovia; ecc.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 31 lug., 4ª cond.; L. 6000 e 8 trienni dec.; cavalc. lire 3000; c.-v.; Kmq. 13.4, di cui 11.4 in collina; ab. 2493 di cui 1683 sparsi; inscritti 500. Docum. a 3 mesi. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. Residenza a Borgata Ginestra.

PADOVA. *Spedale Civile*. — Medico primario per malati di tub. polm. Reparto spedaliero Da Monte e Camerini. Proroga a tutto 31 lug.

PORTORECANATI (*Macerata*). — Scad. 25 luglio; due cond. Vedi fasc. 28.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — Due cond.; a tutto il 31 lug. Vedi fasc. 28.

PROVAGLIO SOPRA (*Brescia*). — Consor. con Provaglio Sotto; montagna; ab. 860 di cui 50 nell'el.; L. 12,000 e 6 anni decimo; c.-v.; L. 500 uff. san. Scad. 31 luglio.

RAVELLO (*Salerno*). — Scad. 7 ag.; L. 7000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Al 20 ag., 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cav.; c.-v. L. 1200 se famiglia, L. 600 se celibe; assicur. Tassa L. 50.10 al Cassiere com. Docum. a 6 mesi. Serv. entro 20 gg.

ROMA. *Croce Rossa Italiana*. — Medico-aiuto nell'Ospizio marino « Duchessa Elena d'Aosta » a Valdoltra. Scad. ore 12 del 25 lug. Vedi fasc. 28.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni*. — Il concorso a sei posti di allievo ispettore in prova, fra laureati in medicina e chirurgia, per le Ferrovie dello Stato, è prorogato al 10 agosto.

VERONA. *Brefotrofio Provinciale*. — Medico aggiunto. Età mass. 35 a. Stip. L. 8000, oltre c.-v. Scadenza 31 luglio. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

VERONA. *Ospizio Esposti della Provincia*. — Medico aggiunto; L. 8000 e c.-v., dedotte L. 65 mensili. Docum. al Protocollo entro le ore 12 del 31 lug. Età mass. 35 a. Tassa L. 50.05 al Tesoriere. Nomina annua, conferme biennali. Serv. entro 15 giorni.

VIGGIANELLO (*Potenza*). — A tutto il 25 lug., centro e frazioni; L. 5500 e sei quadrienni per 600 pov. su 4693 ab.; addizion. L. 5. Comune in collina e saluberrimo. Stato di fam. Rivolgersi Segretario.

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

La prossima riunione annuale (XXII) della Società avrà luogo in Roma nella seconda metà del mese di dicembre p. v.

Le sedute si terranno nella R. Clinica Dermosifilopatica al Policlinico Umberto I, gentilmente concessa dal direttore prof. Bosellini, il quale mette pure a disposizione dei soci gli apparecchi per proiezioni diascopiche ed epidiascopiche.

Il tema ufficiale sarà « la sifilide ereditaria »: relatore il prof. C. Lombardo.

I soci, i quali desiderassero fare delle comunicazioni, sono pregati di mandarne il titolo al segretario dott. V. Montesano, Roma (20) - via Campo Marzio 69, non oltre il 10 novembre p. v.

Si rammenta che ogni socio avrà diritto di fare non più di due comunicazioni e dovrà indicare, nell'inviarne il titolo al segretario, a quale delle due desidera sia data la precedenza.

Coloro i quali desiderano usufruire per sè, ed eventualmente per persone di loro famiglia, dei ribassi ferroviari, se saranno concessi, dovranno farne richiesta al segretario non più tardi del termine predetto.

Prossimamente saranno comunicati la data ed il programma del Congresso e le disposizioni per gli alloggi.

Congresso internazionale sulla malaria.

Come abbiamo annunziato, per iniziativa del Governo italiano sarà tenuto in Roma dal 4 al 6 ottobre il primo Congresso internazionale della Malaria.

Saranno discussi i seguenti argomenti, sui quali saranno presentate relazioni:

1. Anofeli e malaria.
2. Biologia dei parassiti. Unicità e pluralità dei parassiti.
3. Gli alcaloidi della chinina e terapia della malaria.
4. Fattori epidemiologici e lotta antimalarica.
5. Propaganda. Statistica.

Tutte le nazioni Europee, Nord e Sud Americane, il Governo dell'India, i Dominions, il Giappone e la Turchia hanno aderito al Congresso e nominato rappresentanti; per la Francia: dottori Brumpt, Lasnet, Marchoux, Mesnil e Sergent; per l'Inghilterra: dottori S. P. James e Dale; per la Germania: prof. Nocht; per il Belgio e Colonie: dottori Van Campenhout e Broden; per il Brasile: dott. Humberto Gotuzzo; Per la Colombia: dott. Luis Cuervo Marquez; per l'Egitto: dott. Ahmed Bey Helmi; per il Hong-Kong: dott. Mokenny; per l'Olanda: dott. N. H. Swellengrebel; per l'Argentina: prof. Araoz Alfaro, presidente del Riparto d'igiene, e i dottori Sobrecasas, Berri, Casenave e Sordelli.

Per l'America del Nord la Direzione della Sanità degli Stati Uniti e la Fondazione Rockefeller hanno aderito al Congresso e rappresentanti sono i dottori Hackett, McCallum, Thayer, Strong, Ging, Barber; altre adesioni e rappresentanze sono aspettate. I proff. Bass, Fricks, Deeks ed altri hanno pure aderito.

Anche la Lega delle Nazioni a mezzo della Sezione Sanitaria, presidente il dott. Rajchman, ha aderito al Congresso.

L'autorità degli scienziati che interverranno conferirà a questo Congresso internazionale particolare interesse.

Il Comitato Esecutivo è così costituito: sen. E. Marchiafava, presidente; proff. V. Ascoli, A. Bignami, vice-presidenti; A. Dionisi, B. Gosio e M. Sella, membri; segretari generali G. Bastianelli, A. Nazari.

Un convegno pro infanzia anormale.

Il 14 giugno si è tenuto a Milano un convegno pro infanzia anormale, per solennizzare il 10° anno di vita della Scuola autonoma Zaccaria Treves, fondata dal Comune di Milano nel 1915, per l'assistenza medica e pedagogica ai fanciulli anormali dell'intelligenza e del carattere. Si è voluto anche rendere meglio noti al pubblico i metodi, le finalità e i risultati della Scuola speciale, e attirare l'attenzione dell'Autorità sul grave problema dell'assistenza razionale all'infanzia anormale.

Il convegno, promosso dall'Associazione P. I. A. « Pro Infanzia Anormale » e dalla Sezione Lombarda della Lega Italiana per l'Igiene Mentale, ebbe luogo nella sede della Scuola, in via B. Marcello 67.

Parlarono il prof. Medea, presidente delle due associazioni promotrici, il prof. Bertazzoli, assessore del Comune, e il dott. Albertini, direttore della Scuola.

Si approvò un ordine del giorno di plauso e perchè nel comune di Milano e in tutta Italia i pubblici poteri, compresi dell'importanza essenziale del problema degli scolari anormali, rendano obbligatoria la loro selezione mediante organismi idonei, creino sezioni di livellamento differenziale per gli arretrati temporanei e pei falsi anormali, istituiscano scuole autonome con schietto indirizzo medico-pedagogico per gli anormali veri, rendano obbligatoria l'istruzione di essi fino al 16° anno, integrino l'opera della scuola con Istituti speciali, orientati secondo le norme medico-pedagogiche moderne.

Nel pomeriggio il prof. Sante De Sanctis, della R. Università di Roma, tenne, nell'aula magna degli Istituti Clinici, una conferenza su « La neuropsichiatria infantile »; fu molto apprezzata ed applaudita.

Alla Clinica chirurgica di Milano.

Il 28 giugno venne inaugurata a Milano la Clinica chirurgica generale, nel Padiglione Zonda dell'Ospedale Maggiore. Alla cerimonia intervennero il ministro dell'Economia Nazionale on. Nava, altre spiccate autorità, e una folla di professori, medici e studenti, cui faceva corona uno stuolo di gentili signore. Il titolare della Clinica,

sen. Baldo Rossi, espresse la gratitudine di Milano verso i fratelli Zonda, che vollero eretto un padiglione chirurgico modello, e con successive elargizioni lo hanno reso degno di ospitare una Clinica chirurgica fra le meglio arredate, quando l'opera sagace e illuminata del sen. Mangiagalli seppe far sorgere l'Università ambrosiana. Parlarono anche il rettore magnifico sen. Mangiagalli, il presidente degli Istituti ospedalieri on. Lanfranconi, il prof. Crosti in nome dei colleghi di Facoltà.

Si procedette poi, a scoprire una lapide in memoria dell'eroe grande mutilato Fulceri Paolucci de' Calboli, — auspice l'Associazione monarchica nazionalista — nell'atrio ove quel glorioso martire fu amorosamente curato. Pronunziò un alto discorso Gian Andrea Esengrini, sollevando onde di commozione.

La conferenza del prof. Ascoli all'Ordine dei Medici di Roma.

Il 4 luglio nella sede dell'Ordine dei Medici di Roma, ebbe luogo la prima delle annunciate conferenze per la illustrazione di importanti ed attuali temi di medicina e chirurgia.

La conferenza è stata tenuta dal chiar.mo prof. Vittorio Ascoli, direttore della Clinica Medica di Roma, il quale in rapida e lucida sintesi ha esposto l'importanza che attualmente ha per la medicina pratica e per la medicina sociale il tema prescelto: « La malaria cronica ».

L'illustre clinico in base alle fasi storiche delle endemie malariche, ha posto in evidenza l'efficacia notevolissima che ha esercitato la chinina nelle vaste zone di diffusione del morbo nell'Europa settentrionale e centrale, e la scomparsa nell'ultimo secolo, cioè dopo l'uso della chinina; e ha indicato le cause che hanno potuto impedire un risultato analogo nella parte meridionale. Qui si è ottenuta l'indiscutibile diminuzione delle forme più gravi (perniciose e cachessia), ma si sono determinate condizioni atte a produrre la « malaria cronica ».

L'oratore ha potuto con tale riassunto epidemiologico e clinico del tema e con l'esposizione sintetica dei vari fattori ambientali e sociali capaci di contrastare l'azione della chinina, invocare efficacemente l'utilissima collaborazione di tutti i medici pratici alla lotta contro l'endemia, seguendo con fede quanto è frutto di lunga e sana esperienza clinica in attesa di nuovi veri.

Una conferenza dell'on. Capasso.

L'on. prof. P. Capasso, direttore de « Il Pensiero Sanitario » di Napoli, ha tenuto a Torino una conferenza, per invito dell'Istituto Internazionale di Sociologia, sull'*eccesso di popolazione*, destando vivo interesse e conseguendo un pieno successo.

Per un ricordo ai soldati di Sanità caduti in guerra.

È stato costituito in Roma un Comitato nazionale coll'intento di erigere nell'Ospedale militare del Celio una artistica lapide e di pubblicare, in occasione dell'inaugurazione di questa, un numero unico con la biografia dei militari caduti.

Ad appoggiare e facilitare tale scopo venne costituito un Comitato d'onore composto dal generale-medico capo Della Valle comm. Francesco, anche in rappresentanza del Ministero della Guerra; dal generale-medico della R. Marina Cavalli-Molinelli; dal generale-medico C. R. I. Baduel; dal Vescovo Castrense; dal Regio Commissario del Comune di Roma; dalla marchesa Di Targiani, delegata dalle Dame infermiere volontarie; dal prof. Gallenga, presidente della Federazione degli Ordini dei medici, e dai direttori di Sanità dei dieci Corpi d'armata. Il col. med. E. Cimino è incaricato di rappresentare il generale Della Valle.

Egli ricorda, in una circolare, che gli ufficiali medici, vissuti a contatto col soldato di Sanità, hanno imparato ad amarlo e ad apprezzarlo. Prega pertanto i Colleghi direttori di Sanità e il direttore della Scuola di Sanità perchè vogliano coadiuvarlo nella raccolta delle offerte presso i dipendenti ufficiali medici e perchè vogliano far conoscere, anche al di fuori dell'ambiente militare, quali siano gli scopi che il Comitato si prefigge.

Particolarmente gradita sarà la raccolta di fotografie, dati biografici, ecc., dei militari di Sanità caduti sul campo o nell'Ospedale, cosa che sarà utilissima per la compilazione del numero unico.

Le offerte ed i dati di cui sopra sono da inviare al dott. E. Cimino, colonnello medico Direttore di Sanità.

Onoranze al prof. Bolognesi.

A Siena avrebbero dovuto tributarsi solenni onoranze al prof. Giuseppe Bolognesi, direttore della Clinica e della Patologia chirurgica di quella Università. Per desiderio espresso dal Bolognesi però, i fondi raccolti per le onoranze sono stati devoluti a favore della locale Clinica pediatrica. La cerimonia perciò si è limitata all'offerta di un album con oltre 400 firme di ammiratori e di una medaglia-ricordo in oro.

Per le onoranze al sen. Cardarelli.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli ha rimesso L. 10,000 all'on. prof. R. Caporali, presidente del Comitato per le onoranze ad Antonio Cardarelli.

Alla memoria di Giovanni Pascoli.

Il dott. Brunelli stima doveroso di ricordare che il grande poeta dell'Italia contemporanea fu un amico dei medici condotti e che Egli esaltò l'opera benefica del Collegio-convitto di Perugia rievocando l'episodio della fanciulletta orfana, il quale ispirò a Luigi Casati l'idea dell'Istituto.

Propone pertanto che, ad onorare la memoria del geniale Poeta, nella ricorrenza del XIII anniversario della sua morte, i medici mandino una

offerta, sia pure modesta, alla Presidenza dell'Istituto stesso, onde concorrere a costituire un fondo che consenta l'istituzione di borse di studio, da intitolarsi al nome caro e venerato di Giovanni Pascoli. (Da « L'Avven. Sanit. »).

In memoria di G. B. Borsieri.

Come avevamo annunziato, il 31 maggio venne commemorato, a Civezzano (Trentino), il secondo centenario della nascita di G. B. Borsieri.

Dopo un'assemblea generale dell'Associazione Medica Tridentina, i convenuti si recarono alla piazza del Municipio, ove, presenti le autorità, i membri del Comitato d'onore, medici e ospiti, si svolse la cerimonia commemorativa innanzi alla casa del Borsieri, con un saluto del sindaco, la lettura delle adesioni ed un efficace discorso del dott. G. De Bosio sulla vita del Borsieri come clinico e come studioso; poi il dott. D. Sartori rievocò i fasti patriottici e civili della famiglia Borsieri.

Formatosi un corteo, questo si recò innanzi alla scuola elementare, da intitolare al Borsieri; dopo discorsi del maestro, dell'ispettore scolastico e di mons. Vaia, al suono degli inni della Patria, venne levata la bianca striscia che copriva la dedica; la cerimonia si chiuse con un'allocuzione del prefetto Guadagnini.

Nell'occasione la cittadina era vestita a festa.

Il Regolamento per le migliorie igieniche negli alberghi.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica il R. Decreto 24 maggio 1925 n. 1102 contenente le norme per rendere obbligatoria l'attuazione delle migliorie igieniche e sanitarie negli alberghi, e per mettere in grado l'Ente nazionale per le industrie turistiche di raggiungere le finalità di vigilanza, che sotto tale riguardo gli sono attribuite dal proprio statuto.

Alla Scuola Samaritana.

La Scuola Samaritana, sorta per nobile iniziativa dell'Associazione Romana dei liberi docenti di Roma presieduta dal prof. V. Giudiceandrea, ha chiuso il suo dodicesimo corso ordinario svoltosi regolarmente per sei mesi nei locali del Collegio Romano.

Anche quest'anno la scuola è stata frequentatissima e fra le allieve si sono notate molte signore dell'aristocrazia, parecchie signorine e numerose insegnanti delle scuole cittadine, e sono pure intervenuti professionisti, ufficiali e funzionari dello Stato, oltre ad una larga rappresentanza di infermieri dei civici ospedali.

La « Samaritana » oltre a formare una non indifferente falange di infermiere ed infermieri volontari, tende al perfezionamento di coloro che prestano già servizio stipendiato in luoghi di cura.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bull. Méd., 31 gen. — L. BERNARD. Organizzaz. della siero-profilassi del morbillo.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 18 gen. — G. GALLI. L'insonnia dei cardiaci e degli arteriosclerotici.

Riforma Med., 19 gen. — C. COUVERT. Elettroproteinoterapia nelle malattie cutanee e veneree.

Pensiero Med., 20 gen. — R. JEMMA. Diagn. dell'infez. tifoide nel bambino.

Medic. Ital., dic. — L. BONACORSI. Sesso e morbilità.

Annales de Méd., dic. — Numero consacrato alla febbre.

Medicina Ibera, 3 gen. — F. POYALES. Primi saggi di fototerapia oculare.

Münch. Med. Woch., 2 gen. — W. ASCHÜTZ. Diagn. e progn. nel trattam. chirurgico del carcinoma gastr. — C. GOTTSCHALK. Esantema varioliforme iniziale nel tifo esantem.

Studios Medicos, dic. — J. MACDONALD e R. BUENDIA. Crisi viscerali negli edemi angioneurotici.

Minerva Med., 10 gen. — F. MICHELI. Indicazioni di operabilità delle varie forme di splenomegalia. — A. CECONI. L'itterizia.

Archives of Med. Hydrol., gen. — F. LASAGNA. Valore terapeut. delle acque salso-iodiche in otorino-laringologia.

Rev. Med. Latino-Amer., dic. — G. BOSCO. Il sist. nerv. vegetativo.

Cult. Stomatol., mar. — C. BRUGNATELLI. Sul solfocianuro di potassio nella carie dentale.

Med. Science, mar. — S. R. DOUGLAS. Chemoterapia della tbc.

Morgagni, 22 feb. — P. STANGANELLI. I riflessi della stomatol. sulla medic. interna.

Soc. d. Hôp., 26 feb. — LESNÉ, HUBER e NETTER. Inoculabilità della sierosità di zona. — A. SEZARY. Insuffic. surren. e sifilide.

Mediz. Klinik, 13 mar. — H. STRAUSS. Pseudocoma diabetico. — G. HERRMANN. Trattam. della paral. progress. con la malaria.

Morgagni, 1 mar. — A. TARSITANO. Terapia antitubercolare. — 8 mar. A. CECONI. L'itterizia.

Boston M. a. S. Journ., 5 mar. — C. W. MC-CLURE e a. Studî sulla funzione epatica.

Paris Méd., 14 mar. — JONESCO e POPPER. Cirrosi epato-splenica malarica.

Presse Méd., 11 mar. — CHIRAY e F. TRIBOULET. Stasi colecistica e stati emicranici che guariscono col drenaggio biliare medico.

Bull. Acad. Méd., 3 mar. — RASTONIL. L'insulina nell'acidosi degli operati non diabetici.

Journ. de Méd. de Loyn, 5 mar. — C. GARIN. Il parassita e il trattam. medico dell'amebiasi.

Rev. Méd. Suisse Rom., 10 mar. — M. ROCH e J. MOZER. La lipomatosi discreta. — G. BIEKEL e al. La sindrome pancreatico-aortica.

Proc. R. Soc. Med., mar. — Disturbi non specifici da deficienza di vitamine (discuss.). — L'analgesia splancnica (discuss.). — Diagnosi di affezioni cancerose della tiroide (discuss.). — Copiosa casistica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red resp.

ANNO XXXII Roma, 27 Luglio 1925 Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretto dal prof. G. B. QUEIROLO.

Alcune considerazioni sul meccanismo di produzione dell'eosinofilia.

per il dott. GASTONE CIONI, già interno di clinica.

Dalla lettura di un lavoro del dott. T. Venturi: « Ricerca dell'eosinofilia nella scabbia », praticato nella R. Clinica Dermosifilopatica di Firenze e comparso nel n. 25, anno 1924, di questo stesso giornale, prendo occasione per render note alcune considerazioni di indole generale circa il meccanismo di produzione dell'eosinofilia, considerazioni che io riprendo da uno studio che praticai nella R. Clinica Medica di Pisa nel 1922 e che non ho pubblicato.

In tale studio, « Sul significato clinico dell'eosinofilia », che io condussi a termine sotto la guida del prof. Carreras, Aiuto di Clinica, al quale tengo ad esprimere pubblicamente i sensi della più viva gratitudine, io mi occupai appunto dell'argomento allo scopo di portare un contributo alle tanto discusse questioni sulla formazione degli eosinofili — se siano cioè di natura istiogena o mielogena — e sul meccanismo con cui tali globuli bianchi, in un territorio o nell'altro venuti alla luce, affluiscono nel torrente circolatorio o si addensano nei tessuti in preda a processi patologici svariatissimi. E principalmente nella scabbia io studiai la formula leucocitaria; non starò a ripetere qui i miei risultati, prima di tutto perchè sono presso a poco concordi con quelli del dott. Venturi, e perchè, inoltre, non a questo particolarmente io intendo rivolgere la mia attenzione. Ad un solo fatto accennerò, e più oltre spenderò alcune parole per la sua interpretazione: alla mancanza cioè di reazione eosinofila, sostituita talvolta da marcata polinucleosi neutrofila, in quegli scabbiosi in cui l'infestione era complicata da lesioni settiche gravi della cute o degli organi interni.

***

Da un primo sguardo al gran numero di affezioni morbose che a comune presentano reazione eosinofila, ci rendiamo subito conto della necessità di distinguere in vari gruppi, stati

patologici così diversi e di fronte ai quali così diversamente gli eosinofili reagiscono.

Dobbiamo infatti distinguere, dalle affezioni in cui l'eosinofilia si presenta nel sangue circolante, quelle altre in cui l'accumulo dei leucociti eosinofili si dimostra in seno agli altri tessuti. Ed un altro gruppo può farsi, certamente il più numeroso, che accoglie quegli stati patologici in cui l'eosinofilia si può dimostrare nel sangue e nei tessuti.

Ma tali granulociti che noi troviamo nel torrente circolatorio o agglomerati alla periferia delle zone in preda ad alterazioni anatomo-patologiche, donde traggono la loro origine?

Dalla constatazione che in molti casi tali leucociti, in primo tempo accumulati nel sangue, si trovano più tardi in seno all'organo che è sede della alterazione anatomo-patologica, e che, al contrario, talvolta l'eosinofilia locale precede quella sanguigna, ne risulta che un duplice meccanismo di produzione sia stato invocato per questo particolare aspetto che l'organismo, in varie contingenze, assume.

Gli eosinofili hanno come luogo di origine il torrente circolatorio, ed il midollo osseo in particolare, oppure qualunque altro tessuto può esser sede della loro produzione?

Tutte e due le ipotesi sono confortate da osservazioni ed esperienze accurate, ma fino ad ora nessuna ha trionfato sull'altra.

Come sempre avviene in tema di teorie, ciascun autore ha basato la propria concezione su qualche fatto positivo che gli è stato possibile mettere in evidenza ed al quale egli ha dato una importanza assoluta: altri autori, che per circostanze diverse non abbiano potuto mettere in evidenza questi particolari rilievi, o che ad essi abbiano attribuito un'importanza secondaria rispetto ad altri fatti che essi descrivono come costanti e specifici, a buon diritto negano quanto è stato precedentemente affermato, indirizzando i loro ragionamenti in un campo perfettamente opposto. E mettendo a confronto le diverse ipotesi e traendo quanto di vero e di confermato è in ognuna, che possiamo metterci sulla giusta via per giungere a qualcosa di veramente concreto.

I sostenitori della teoria mielogena affermano che i leucociti eosinofili che si riscontrano patologicamente in aumento in condizioni morbose svariate, originano, come quelli che circolano normalmente in numero fisiologico, dagli organi formatori degli elementi morfologici del sangue e che la loro presenza negli altri tessuti è il risultato di metastasi e chemiotassi. (Ehrlich, Pietrowscki, Galeschi, ecc.); aggiungono poi che, trattandosi di cellule che morfologicamente in nulla differiscono da quelle che riscontriamo nel sangue normale originate dagli organi ematopoietici, è assurdo pensare che possano nascere altrove. Per questi autori l'eosinofilia si produce ogni volta che al midollo osseo giunge uno stimolo capace di attivare maggiormente la produzione di questa speciale categoria di leucociti, e la produzione degli elementi fabbricati in eccesso è identica a quella degli elementi messi in circolo in numero normale. Il trovare gli eosinofili accumulati nei tessuti in cui si svolge un dato processo patologico, lungi da dimostrare che localmente ne è avvenuta la produzione, sta a significare che in quel punto sono stati attratti chemiotatticamente.

Al contrario, per i seguaci della dottrina istiogena, gli eosinofili originerebbero in seno ai tessuti in cui il processo patologico si svolge, e da qui passerebbero in circolo ad alterare la formula leucocitaria. L'eosinofilia, per essi, si dovrebbe considerare come prodotta « in situ », non solo nei casi in cui si ha il reperto di eosinofilia locale senza reazione sanguigna, ma anche quando l'eosinofilia si riscontra nel sangue: l'origine e la moltiplicazione delle cellule eosinofile avverrebbe nei tessuti e la loro penetrazione in circolo sarebbe un fatto secondario. (Müller, Rieder, Schmidt, Neasser, ecc.).

Prima ancora che spendiamo parole per discutere quanto di vero sia nell'una e nell'altra di queste concezioni, mi sembra opportuno richiamarci alle cognizioni che la moderna ematologia ci fornisce per sfrondare fin da ora l'argomento da ragionamenti insostenibili. Ricordiamo intanto che è ormai pienamente accettata la provenienza esclusiva dei polinucleari dagli elementi del midollo delle ossa e, più specialmente, dal mieloblasto corrispondente ad ognuna delle tre categorie. (Ferrata). Unicamente da questo elemento progenitore esclusivo, ben differenziabile dagli altri tipi per caratteristiche morfologiche ben definite, può, il granulocito eosinofilo, trarre la sua origine. E questo, io credo, non può fare a meno di farci schierare dalla parte di Ehrlich e dei suoi seguaci.

Ma, dovendo fare qualche osservazione critica sulle teorie suddette, mi pare che non si possa disconoscere che qualcosa di giusto dobbiamo vedere anche in quello che si dice dai sostenitori della teoria istiogena; non si può in alcun modo ammettere nè la trasformazione di elementi della serie linfocitaria in polinucleari eosinofili (Dominici), nè che questi stessi possano derivare dai polinucleari neutrofili per alcuno dei tanti meccanismi invocati a sostegno di ciò, ma è certo che in seno ai tessuti si possono osservare dei fatti tali da autorizzarci a parlare di evolu-

zione verso la maturità e di moltiplicazione « in situ » degli elementi progenitori del polinucleare eosinofilo. E ciò non urta affatto con quello che asserisce la teoria mielogena in quanto che, in quelle forme immature che riscontriamo in seno ai tessuti e che, passando per le fasi della loro evoluzione, danno origine ai polinucleari, noi dobbiamo riconoscere quelle stesse forme immature che abitualmente riscontriamo nel midollo in senso al quale, normalmente, raggiungono la maturità.

Quando una causa, qualunque essa sia, agisce sul midollo osseo in modo da spingerlo alla formazione esuberante di cellule eosinofile, non vi è nulla di strano che vengano immesse in circolo delle cellule immature e che esse completino il loro ulteriore sviluppo nel tessuto dove sono chiamate e che possano, eventualmente, essendo cellule giovani, moltiplicarsi.

Ecco che si dovrebbe più propriamente parlare di apparente, invece che di reale origine istiogena, giacchè nei tessuti non avverrebbe che lo sviluppo e la moltiplicazione di elementi provenienti dal midollo. Avremmo potuto qui obiettare che nei casi in cui si ha una notevole eosinofilia sanguigna, si dovrebbero osservare in circolo, insieme a forme completamente evolute, degli eosinofili immaturi a testimonianza del lavorio vertiginoso a cui il midollo è sottoposto; e questo è appunto quello che il Marchesini ha messo in luce con le sue esperienze: iniettando sotto cute a delle cavie della polpa epiteliale di intestino di agnello, produceva in esse eosinofilia e, saggiando ad intervalli il sangue di questi animali, avanti di vedere spiccatissima l'eosinofilia, poteva osservare delle cellule con grossi granuli azzurrofili che, secondo il Ferrata, devono ritenersi i progenitori delle cellule eosinofile.

Ma delle osservazioni in cui molti hanno voluto vedere un valido appoggio alla teoria dell'origine locale e su cui, in particolar modo, insistono quegli autori che nelle grosse granulazioni acidofile vedono il risultato di un processo di fagocitosi, prima fra tutte è forse quella della costante presenza degli eosinofili dove è avvenuta un'emorragia: ora, a me pare, senza bisogno di andare in cerca di spiegazioni più o meno verosimili od artificiose, che il fatto sia sufficientemente chiarito dalle condizioni stesse che con l'emorragia si accompagnano: dopo la rottura dei vasi è meno facile, per le cellule eosinofile che hanno pochissima capacità ameboidea, di rispondere allo stimolo chemiotattico che richiama gli elementi stravasati: da ciò accumulo nei tessuti circostanti.

***

Dopo quanto abbiamo detto sull'origine degli eosinofili, dobbiamo indagare con quale meccanismo gli organi ematopoietici fabbrichino in eccesso, ed immettano nel torrente circolatorio, tali elementi. Molto verosimilmente ne troviamo la causa in alcuni principi attivi, vari nelle varie affezioni morbose, che ne eccitano la sensibilità specifica.

Nel caso della eosinofilia da affezioni parassitarie, si è voluto attribuire il potere di modificare in tal senso la formula leucocitaria ai prodotti della elaborazione dei parassiti, derivanti, sia dalle secrezioni loro, sia da prodotti di decomposizione dei loro corpi; molti fatti invocano gli autori a sostenere questa ipotesi e, primo fra tutti, il rapporto costante che esiste fra eosinofilia sanguigna e presenza di vermi nell'intestino e la diminuzione rapida del numero degli eosinofili che segue alla loro eliminazione: questi ospiti dell'intestino metterebbero in libertà delle sostanze ad azione tossica capaci di modificare visibilmente la costituzione del sangue avendo proprietà chemiotattiche più o meno pronunciate.

Achard e Loeper mettevano in evidenza l'azione chemiotattica che il contenuto delle cisti da echinococco esercitava sugli eosinofili, riproducendo sperimentalmente l'eosinofilia in animali a cui avevano iniettato del liquido cistico: Ehrlich stesso che sosteneva appunto questi principi concepiti già dal Neusser, vedeva la dimostrazione dell'esistenza reale di tali prodotti tossici in quelle lesioni degenerative riscontrate dal Linnstow in organi risparmiati dai parassiti, ma che appartenevano ad individui infestati, alterazioni che, secondo lui, erano unicamente attribuibili alle sostanze tossiche elaborate dai parassiti.

E per contrapposto il Guerrini, che ha portato un contributo di sommo valore per l'indagine della causa determinante l'eosinofilia nelle infestioni, ha potuto, nelle sue esperienze sui piccioni, riprodurre eosinofilia intensa in circolo con semplici irritazioni e maltrattamenti meccanici e fisici della muccosa intestinale di questi animali togliendo così ogni valore all'azione dei parassiti e dandone invece molto alle alterazioni dei tessuti che essi potevano produrre con la loro presenza.

Questa osservazione collima perfettamente con quanto dobbiamo ammettere per spiegare l'eosinofilia in alcune affezioni morbose non parassitarie, una fra le tante, l'asma bronchiale; non è infatti inverosimile che a livello della muccosa

bronchiale vengano elaborate delle sostanze ad azione chemiotattica specifica per i leucociti eosinofili; esse, entrate in circolo, eserciterebbero la loro azione sugli elementi eosinofili accumulati nel midollo osseo i quali verrebbero lanciati in circolo a determinare così l'eosinofilia sanguigna per poi, per opera di queste stesse sostanze, accumularsi sulla mucosa bronchiale.

Dovremmo ripeterci se volessimo accennare a quanto succede nelle affezioni cutanee in cui si nota eosinofilia sanguigna sola o accompagnata da identica reazione locale — nelle vescicole del pemfigo —: in tal caso è in seno alla cute che originano le sostanze eccitatrici dei granulociti acidofili.

Questi principi ad azione chemiotattica specifica risultano, per Ehrlich, dalla trasformazione degenerativa delle cellule epiteliali ed epitelioidi e ricorda, a sostegno di ciò, l'accumulo degli eosinofili a livello dei tumori epiteliali ed il reperto costante dell'eosinofilia in tutti i casi in cui si può facilmente dimostrare la distruzione di tali cellule ed il riassorbimento dei prodotti della loro disintegrazione. Si tratterebbe di prodotti albuminoidei che, pur provenendo da elementi cellulari dell'organismo, avrebbero acquistato la capacità di agire come albumine eterogenee, possibilità questa che, come è noto, è stata largamente dimostrata.

De-Villa ha creduto di poter mettere in giuoco l'esistenza di una epiteliolisina capace di questa funzione chemiotattica: anche le esperienze del Marchesini che, con l'iniezione sotto cute alle cavie di polpa epiteliale di intestino di agnello ottenuta per raschiamento, ha prodotto l'eosinofilia nel sangue, dimostra come gli epiteli in loro stessi possono avere un potere chemiotattico positivo per le cellule eosinofile richiamandole, nella loro distruzione, a loro difesa.

Ma poichè, come è noto dalle ricerche di numerosi sperimentatori, è possibile riprodurre l'eosinofilia mediante estratti di corpi parassitari, così molti autori si oppongono a ciò. Quando ci facciamo a considerare le spiegazioni che al meccanismo di produzione di questo fenomeno si son volute attribuire, ci convinciamo subito come ognuno degli osservatori abbia intraveduto il giusto, ma non abbia cercato di generalizzare quanto le proprie constatazioni gli suggerivano.

E, per finire con le ipotesi, ricordiamo che l'eosinofilia è stata anche considerata come espressione di un fatto anafilattico: ed erroneamente a parer mio, giacchè l'eosinofilia che si riscontra in molti quadri attribuiti all'anafilassi, può spiegarsi benissimo ammettendo che l'agente capace di provocare lo stato anafilattico, possa, con un'azione parallela, ma indipendente, esplicare un eccitamento alla produzione degli eosinofili e che, quindi, l'eosinofilia ed i fenomeni anafilattici possano considerarsi come conseguenze di una medesima causa, ma non legati tra loro da un rapporto necessario.

Da quanto brevemente sono andato svolgendo, risulta che l'eosinofilia che si verifica nelle contingenze cliniche le più svariate, non riconosce un unico meccanismo di produzione, potendosi sviluppare in condizioni e per cause molteplici che hanno però, come fatto comune, la penetrazione in circolo di sostanze albuminoidi eterogenee o capaci di agir come tali, provenienti o da agenti estrinseci all'organismo o da elementi dell'organismo stesso profondamente alterati. Ad un'azione chemiotattica di queste albumine sopra il midollo osseo, deve ritenersi dovùta la iperproduzione dei leucociti eosinofili la quale pertanto non sembra dotata di un significato clinico specifico, ma sembra esser l'esponente di una reazione dell'organismo a tali prodotti e più esattamente di una reazione di difesa, come è lecito presumere per la sua comparsa nel periodo risolutivo di alcune malattie.

Per quanto riguarda la non meno discussa questione della eosinofilia locale e sanguigna, risulta pure evidente che l'eosinofilia locale si forma a spese degli eosinofili circolanti che, alla loro volta, devono la loro presenza alle riserve leucocitarie ed al potere rigenerativo del midollo osseo.

***

Le varie interpretazioni generiche di questo fenomeno che abbiamo passato in rassegna possono pertanto convenire ugualmente all'interpretazione dell'eosinofilia nella scabbia giacchè ivi non manca il disfacimento di elementi epiteliali invocato da Ehrlich, non l'assorbimento di prodotti provenienti dai tessuti e dalla vita dei parassiti, prodotti i quali, eventualmente, potrebbero provocare nell'ospite anche fenomeni di natura anafilattica.

Ho già precedentemente accennato ad una circostanza degna di nota che mi è stato possibile mettere in evidenza nelle mie osservazioni su un numero rilevante di scabbiosi che studiai sotto questo punto di vista: voglio accennare al fatto della mancanza di ipereosinofilia in quei soggetti che, per l'estensione del processo morboso e per altre circostanze nelle quali siamo soliti osservare le più alte cifre, — molto spesso trattasi di bambini in tenera età —, avrebbero dovuto presentare una reazione eosinofila imponentissima. Questi individui sono quelli che, oltre alla scabbia, sono in preda a processi settici.

Il fatto, sebbene per la scabbia non se ne trovi cenno alcuno nella bibliografia, non è nuovo nella sua essenza giacchè sapevamo da molto tempo che i processi suppurativi si accompagnano costantemente ad ipoeosinofilia sanguigna cui segue una leggera reazione eosinofila soltanto prima che, per la risoluzione del processo, si ritorni alle cifre normali. Pertanto nella scabbia, come in altri processi morbosi tra cui tipico quello della cisti da echinococco, l'eosinofilia scompare allorquando al processo fondamentale che l'aveva prodotta si sovrappone un processo settico.

Come interpretare il fatto che in queste condizioni la ipoeosinofilia si sostituisce alla ipereosinofilia?

Potrebbe in primo luogo pensarsi che l'eosinofilia venga mascherata dalla introduzione in circolo di un numero esorbitante di leucociti e più specialmente di polinucleari neutrofili la cui iperproduzione sarebbe provocata, come è noto, dal processo suppurativo.

Oppure potremmo pensare che, per l'insorgenza di processi suppurativi complicanti il processo fondamentale provocatore di eosinofilia, venissero modificate le sostanze atte a stimolare la iperproduzione di questa specie di leucociti fino a perdere questa loro qualità. Questo potrebbe spiegare il fenomeno, tanto nei casi di scabbia con processi settici estremamente diffusi, quanto, e forse maggiormente, nel caso della ciste da echinococco suppurata.

Infine potrebbe supporsi che, per effetto dei processi suppurativi collateralmente svolgentisi, penetrassero in circolo sostanze ad azione antagonistica rispetto a quelle capaci di provocare eosinofilia, le quali inibissero l'azione di queste ultime e quindi la produzione dei leucociti eosinofili.

A questo riguardo può apparire interessante soffermare un momento l'attenzione sopra uno dei miei casi riguardante una bambina affetta da un processo scabbioso diffuso a quasi tutta la superficie cutanea e con elementi estremamente numerosi. In questo soggetto esisteva invero una piodermite complicante la lesione fondamentale, ma essa non era evidentemente, nè così intensa, nè così diffusa da spiegare da sola la mancanza di eosinofili, giacchè ben più gravi forme settiche siamo abituati a vedere senza che si verifichi questo fenomeno il quale, secondo le mie osservazioni, è, nella scabbia, assai raro e proprio solamente delle forme gravi e molto diffuse. Ma in questa bambina era in corso ben più grave malattia, per la quale era stata ricoverata nella Clinica chirurgica, e cioè una grave suppurazione delle vie urinarie — bacinetto renale e vescica —; per questa affezione l'inferma era in preda a processi settici con febbre elevata e stato generale grave.

In questa bambina pertanto due processi si svolgevano contemporaneamente ed indipendentemente l'uno dall'altro: un processo parassitario capace di provocare eosinofilia ed un processo suppurativo; ed in questa bambina l'eosinofilia faceva difetto, anzi erano del tutto scomparsi anche gli eosinofili che fisiologicamente si osservano, specialmente in quell'età, ed esisteva invece una spiccata polinucleosi neutrofila.

Questo fatto starebbe a dimostrare che, indipendentemente da un'azione diretta sulle sostanze capaci di provocare eosinofilia nella sede della loro produzione possono, i prodotti della suppurazione, annullare l'azione loro, quasi che la loro influenza antagonistica trascinasse in senso opposto la modificazione della formula leucocitaria.

Io non intendo di insistere troppo su questa deduzione che dalla interpretazione del caso potrebbe desumersi, poichè, naturalmente, è sempre limitato il valore che può attribuirsi ad una osservazione isolata, e neppure nego che anche le altre due ipotesi che ho accennato debbano esser prese in considerazione a spiegare la scomparsa della eosinofilia nelle condizioni indicate: credo anzi che i meccanismi in esso indicati debbano verosimilmente partecipare alla produzione del fenomeno, ma non ho voluto passar sotto silenzio le considerazioni che mi provenivano dalla accidentale osservazione di un caso, certo da questo punto di vista assai fortunato, molto più che potevano offrire qualche argomento in favore della ipotesi di un'azione antagonistica tra i veleni parassitari e quelli delle suppurazioni, la quale, del resto, si accorderebbe perfettamente con le dottrine sostenute da Ehrlich a proposito dell'azione chemiotattica elettiva esercitata sopra gli elementi del midollo osseo, tanto dalle sostanze capaci di provocare eosinofilia, come da quelle capaci di eccitare la iperproduzione dei polinucleari neutrofili.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO DI GALLARATE

Ileo per invaginazione tiflo-colica favorita da pericolite membranosa.

Note sulla patogenesi e sulla cura.

Dott. PAOLO COSTANTINI, chirurgo primario.

La chirurgia moderna nell'ultimo decennio comincia a contare numerosi e brillanti risultati intervenendo attivamente per affezioni del segmento intestinale ileo-ceco-colico, tendendo a completare così quel progresso veramente meraviglioso della chirurgia sul tubo digerente che è arrivata a insperati successi in riguardo allo stomaco.

Ma è specialmente l'ultima porzione dell'ileo e più precisamente la valvola ileocecale ed il crasso intestino che sono stati oggetti di numerosi studi tendenti ad applicare risorse chirurgiche nelle affezioni che solitamente erano di spettanza della medicina interna, studii che chiarirono altresì molti stati di malattia formandone quadri nosologici ben definiti specialmente per quello che riguarda la sintomatologia e l'efficacia della cura sebbene per la patogenesi sia ancora da ben sceverare tra le numerose ipotesi che tendono a spiegare l'eziologia e rispettivamente l'anatomia patologica dei reperti operativi.

« Le flogosi del crasso, coliti in senso lato, siano acute o croniche, circoscritte o diffuse, banali o specifiche (dissenteria, tubercolosi), superficiali (mucose) o profonde (ulcerose), con il relativo complesso di alterazioni parietali e pericoliche, quando abbiano resistito alle cure mediche, sono di spettanza chirurgica. Non fanno eccezione le forme acute, considerate fino a pochi anni fa esclusivamente mediche » (1).

Se i fatti infiammatorii possono avvantaggiarsi della attiva assistenza chirurgica, anche maggiormente possono esserne benevolmente influenzati i fatti meccanici, taluni dei quali è dimostrato essere conseguenza di quelli, mentre di altri si è dato oramai con chiara evidenza la spiegazione della natura congenita di anatomiche disposizioni che favoriscono quadri speciali di malattie del segmento intestinale in parola.

Formano oramai una letteratura medico-chirurgica delle più importanti, gli studi su questi argomenti del Jackson, del Wilms, dell'Hausmann, del Lane con il corteo dei lavori di numerosi autori di cui espone una completa e minuta critica il Quarella nel suo studio sulla patologia della fossa ileo-cecale (2).

(1) A. CAUCCI. *L'appendicostomia*. La Clinica chirurgica, 1920, fasc. 1-2, pag. 164.
(2) B. QUARELLA. *Contributo alla patologia della fossa ileocecale*. La Clin. chir., 1916, n. 5-6.

Gli studi sul cieco mobile, sulla stasi ideale da briglia o flessura di Lane, sulla pericolite membranosa (o membrana pericolica di Jackson, come studi recentissimi vorrebbero individuare) (1), sulla insufficienza della valvola del Bauhin, si riferiscono tutti alla regione ileocecale che secondo il Solieri (2) rappresenta una delle regioni più soggette ad esame ed a studio ripetuto e diligente per opera dei chirurghi a causa degli interventi sulla appendice.

Ma oltre questi diversi quadri fisici ed anatomopatologici che qualche autore vorrebbe comprendere sotto la denominazione di « stasi intestinale cronica », basandosi specialmente sul fatto della grande analogia dei sintomi che furono descritti quali particolari ad ognuna di esse (Sorrel: *La stasi intestinale chronique*, Thèse de doctorat, Paris, 1914, rip. in Quarella, loco citato), oltre alle lesioni infiammatorie comuni agli altri segmenti del canale alimentare ed alle lesioni neoplastiche, la regione della fossa iliaca destra è specialmente colpita da una affezione generalmente grave, l'invaginazione, sul cui meccanismo di produzione non è ancora detta l'ultima parola e sulla cui terapia ancora recentemente diversi autori non si trovano d'accordo, come pure sulla modalità anatomica della lesione.

Ho avuto occasione, recentemente, di operare un caso tipico di invaginazione del cieco che, per le modalità dell'insorgenza acuta, il reperto anatomo-patologico e l'ottimo risultato terapeutico, può dar luogo a considerazioni di diversa natura intese a portare un contributo alla patogenesi ed alla cura dell'affezione.

Francesco M., d'anni 22, maestro, da Mussomeli (Caltanissetta) residente a Cardano al Campo, viene d'urgenza inviato in questo ospedale dal medico condotto con diagnosi di invaginazione. È un giovane di apparente sana e robusta costituzione, colorito scuro del volto, buon colorito delle mucose visibili, pannicolo adiposo discreto, masse muscolari valide.

Ha padre e madre viventi. Il padre di 60 anni è stato colpito da paralisi al lato destro e fece tre mesi di malattia. Ora cammina. La madre gode ottima salute a 56 anni.

Un fratello minore di età e tre sorelle stanno bene.

Già da bambino fu soggetto ad infiammazioni intestinali con febbre, dolori addominali che duravano 15-20 giorni. Nel 1922 ebbe febbre tifoide e stette ammalato a letto per un mese.

Nel 1923 ebbe la malaria trovandosi in Calabria. Venuto a Cardano al Campo fu creduto am-

(1) G. BRENDOLAN. *Contributo clinico allo studio della membrana di Jackson*. Arch. it. di chirurgia, vol. IX, fasc. 6.
(2) S. SOLIERI. Arch. di chirurgia, vol. VII, fascicolo 3.

malato di forma intestinale e, non migliorando, egli ritornò in Sicilia sperando nel clima nativo.

Quivi fu riscontrata la malaria con l'esame del sangue. Curato con iniezioni di Arsichinina e chinino guarì e da allora stette bene.

Di tanto in tanto, egli afferma, usava purgarsi, ma non per dolori che insorgessero, sibbene soltanto per disturbi di digestione, bocca cattiva, discreta stitichezza.

Il giorno prima dell'entrata in ospedale (12 giugno 1924), al mattino, prese un purgante per la solita abitudine e ne ebbe il solito effetto, solo che, verso le 16 dello stesso giorno fu colto da fortissimi dolori di ventre con vomiti.

Il medico, chiamato, ordinò un clistere di camomilla e del Fernet. I vomiti continuarono. Al mattino presto del giorno dopo, aggravandosi i dolori fu d'urgenza inviato in ospedale.

Ha lingua lievemente patinosa. Conati di vomito e frequenti attacchi di vomito biliare con succo gastrico.

Lineamenti del volto sofferenti. Nulla al torace. Fegato in limiti. Il ventre non è meteorico. A tratti appaiono chiare contrazioni della massa intestinale. Sintomo di Von Wahl presente con timpanismo spiccato alla fossa iliaca destra.

Quivi è distinta la dolorabilità alla palpazione, che rileva una tumefazione discretamente bernoccoluta non fissa precisamente nel punto di Mac Burney, grossa come un grosso uovo. Non vi è febbre. L'alvo è chiuso anche ai gas.

Dati i lievi disturbi per cui era stato preso il purgante, malgrado la mancanza della febbre, data l'età, si pensa che si possa piuttosto trattare di colica appendicolare e che la tumefazione sia la espressione di una infiammazione subacuta nell'appendice, che spiegherebbe i frequenti bisogni dei purganti.

Si somministra un calmante controllando l'andamento del male.

Dopo sei ore le condizioni si sono aggravate. I dolori sono più insistenti ed atroci, il vomito più frequente ed ostinato. l'ammalato è abbattuto e la palpazione dell'addome rileva che la tumefazione alquanto più ingrossata è risalita verso l'arco costale.

Si ritiene opportuno l'intervento con diagnosi di occlusione intestinale da probabile invaginazione.

Narcosi eterea. Laparotomia pararettale destra. Si arriva sulla tumefazione bernoccoluta che appare essere costituita dal cieco, ridotto ad una massa dura, schiacciata sulla faccia anteroesterna, al cui posto si nota un grosso orlo circoscrivente una introflessione da cui sporge, in basso, per circa 2 cm. l'appendice congesta, ma sottile. Il tenue si impianta sulla faccia interna, inferiore della tumefazione, ed appare alquanto attirato nella introflessione.

Tutta la tumefazione è abbastanza mobile e può essere sollevata e fatta affiorare alla breccia laparotomica, ma si nota che una membrana sottile, piuttosto congesta che prende origine dal peritoneo parietale quasi subito all'esterno del solco che il colon ascendente fa col peritoneo stesso, avvolge per un tratto di circa 6 cm. il colon ascendente e in basso viene introflessa nell'orlo della invaginazione e impedisce una ulteriore mobilità all'esterno della tumefazione descritta. Questa membrana presenta una ricca vascolarizzazione senza vera direzione.

Si iniziano subito delle manovre intese ad ottenere la estroflessione della parete del cieco imprigionata dall'orlo descritto. Si fa una prudente e prolungata trazione sulla estremità dell'ileo ed una pressione sulla parete interna del colon ascendente nella sua porzione inferiore. Intanto con i due pollici delle mani si tenta di dilatare dolcemente l'orlo invaginante respingendolo.

Si ottiene di un tratto l'estroflessione della parete del cieco invaginata con lo stesso meccanismo come se una palla di gomma, a pareti piuttosto spesse, pur essendo forata e quindi non più spinta dall'aria interna, ma solo per la elasticità della parete, di improvviso si estroflettesse in una porzione prima schiacciata. Nello stesso istante un liquido torbidiccio evidentemente contenuto tra il cilindro esterno e la parete introflessa, provocato dalla stasi delle due faccie combaciantisi e nella quantità approssimativa di un grosso cucchiaio, viene versato nella breccia e tosto asciugato con garza sterile.

La parete estroflessa ed ora sotto la vista, è pallida, edematosa, evidentemente ispessita per l'edema e in qualche punto quasi d'aspetto gelatinoso. Dopo pochi minuti ha cambiato colore ed è diventata di colorito rosso vinoso che gradatamente diventa meno intenso mentre appare altresì che la parete diventa più sottile; segni del ripristinarsi della circolazione della parte. L'appendice è lunga appena circa 5-6 cm., la sua estremità è esile ed appare tutta alquanto congesta.

Adesso la membrana appare anche nel suo margine inferiore, che è intimamente saldato alla parete anteriore della porzione superiore del cieco, al confine del colon ascendente e provoca un solco evidente nel tubo intestinale, inoltrandosi sulla faccia interna di esso dove insensibilmente pare fondersi, immedesimandosi col peritoneo di rivestimento e perdendo la sua individualità.

La forbice curva può essere insinuata sotto il margine inferiore descritto e può percorrere uno spazio costituente una fossetta limitata in avanti al confine della faccia anteriore con la faccia interna del colon ascendente in alto e all'esterno per un tratto di circa 5 cm.

Si seziona questa membrana sull'angolo interno dove viene ad immedesimarsi e concrescere colla superficie dell'intestino e si nota che la solcatura sul colon viene a scomparire come evidentemente liberato da una pressione. La membrana si ritrae su se stessa verso l'esterno e quasi scompare. La superficie del colon prima nascosta dalla membrana presenta emorragie puntiformi come se qualche filamento sulla faccia interna della membrana stessa sia stato strappato dalla sua inserzione sulla parete dell'intestino.

Proceduto ad una accurata toeletta della regione, si procede alla sutura del peritoneo parietale con seta ma nel tratto mediale della breccia si suturano i bordi di essa tutto all'intorno di un'area del cieco grande come una moneta di 5 centesimi antica corrispondente alla porzione centrale della parete introflessa nell'invaginamento.

Si suturano quindi i bordi aponeurotici con sutura continua in seta cosicchè l'area di intestino scoperta di peritoneo viene a contatto coll'aponeurosi. Sutura della cute con agrafes.

Il decorso postoperatorio è stato ottimo. L'ammalato non ha più accusato dolori. L'alvo si è aperto dopo poche ore ai gas. Purgante con effetto in quarta giornata. Guarigione per prima.

Benchè la sintomatologia sia stata la classica della invaginazione intestinale, pure, data l'età del paziente, il segmento di intestino invaginato, la modalità dell'invaginamento e il reperto anatomo-patologico, inoltre considerando il buon risultato ottenuto con la tecnica operatoria usata, risalta l'interesse del caso che può dar luogo a considerazioni di diversa importanza.

Secondo Leichtenstern, il massimo di frequenza dei casi di invaginazione, si osserva nei primi anni di vita dal 4º al 6º mese, in seguito la frequenza diminuisce rapidamente, a partire dal quinto anno, per rimanere stazionaria dai 6 ai 40 anni e diminuire ancora più tardi.

Il Gangitano (1), che ebbe recentemente ad operare quattro casi di invaginazione in adulti, ritiene invece che sia più frequente la malattia negli adulti. Crede che i bambini diano una percentuale di invaginazione che riconosce una causa differente da quella che invece favorirebbe la stessa lesione negli adulti, e cioè nei bambini l'invaginazione si farebbe facilmente per la presenza di polipi intestinali e forse a questo deve essere legato il sintomo delle scariche sanguigne o sanguinolenti di cui si parla in ogni trattato.

Che il sintomo delle scariche sanguigne sia più frequente nei bambini pare accertato, ma appunto a questo sintomo qualche autore vorrebbe incolpare il minor computo dei casi di invaginazione nei bambini, computo che sarebbe anche maggiore se molti casi di invaginazione non venissero frequentemente scambiati colle enterocoliti, le gastroenteriti, tanto frequenti in queste età.

Notiamo che nel nostro paziente si trattava di individuo di 22 anni, maschio e che il sesso mascolino pare più colpito dall'invaginazione.

Può inoltre essere una circostanza fortuita che si trattasse di un siciliano. Ma data la frequenza con cui pare che il Gangitano si incontri con simili casi sarebbe interessante conoscere una statistica in questo senso della morbilità dell'isola generosa poichè tra le cause predisponenti sono certo da considerare i fattori dati dalla varietà della razza presentante un tipo piuttosto che un altro di disposizione anatomica a carico della fossa ileocecale, destra. La facilità con cui è stato possibile di trarre nella breccia operativa la tumefazione bernoccoluta costituita dal cieco, dal colon ascendente nella sua parte inferiore indicava una mobilità tale del tratto di intestino che da taluni autori è definita come « cieco fluttuante ». Quanto più l'intestino è libero tanto più è facile l'avverarsi della invaginazione.

(1) C. GANGITANO. *Quattro casi di invaginazione ileo-tiflocolica, ecc.* La Clin. Chirurg., 1917.

L'invaginamento tiflocolico, secondo il Cignozzi, riconosce come causa essenziale un cieco fluttuante.

E mentre il Cornelli affatto recentemente dà molta importanza al fattore appendicite in cieco mobile per l'evenienza dell'invaginamento, perchè l'elemento localizzato appendicite sarebbe una guida che spiegherebbe il meccanismo della produzione della lesione occludente facilitato dalla presenza del cieco mobile, il Cignozzi crede che megalocieco e appendicite non siano altro che complicazioni più frequenti e più precoci che possono predisporre alla loro volta alla intussuccessione.

La flogosi della appendice aggrava la mobilità del cieco e il volume di esso.

Le osservazioni di Ancel e Cavaillon riportate tanto dal Cignozzi che dal Cornelli dimostrano come possa avverarsi facilmente un invaginamento anche nell'adulto, poichè, sebbene più raro, anche in questa età si può avere un cieco fluttuante.

Abbiamo notato come la mobilità della tumefazione, alla laparotomia, sia risultata grande specialmente se si consideri che un vero imbrigliamento era avvenuto a limitarla, con la inevitabile trazione del meso del tenue che cominciava ad essere assorbito nel tubo cecale.

Ma il segmento di intestino invaginato non è quello che la statistica dei trattatisti considera come il più frequente a presentare *ab initio* la intussuscezione.

Il Leichtenstern nota come sopra 100 casi di invaginazione trovò: 44 invaginazioni ileocecali, 18 invaginazioni soltanto coliche, 8 ileocoliche, e soltanto 30 dell'ileo.

A questo proposito il Gangitano considera il cieco come un elemento passivo della invaginazione non essendo mai il primo ad invaginarsi. Chi parla di invaginazione tiflocolica e non ileotiflocolica, direbbe, secondo Gangitano, cosa non esatta. E nota come a dimostrare questa sua asserzione sia facile sempre vedere che in ogni evaginazione del segmento ileocolico invaginato, il primo ad essere disimpegnato è l'ileo, poi il ceco, poi il colon.

La statistica conforta questo modo di vedere nel senso che più frequentemente si viene ad avere simile modalità di invaginamento per modo da dover ammettere che la valvola ileocecale pare che abbia una parte molto attiva nella produzione delle invaginazioni. In questo caso il cieco spazioso e frequentemente dilatato permette facilmente la penetrazione dell'ileo che ha un calibro minore e che è la sede delle vive contrazioni che spingono le materie contro la valvola di Bauhin.

Sarebbe il cosidetto processo fisiologico del Binaghi: introduzione di un'ansa contratta e rigida, spinta dalla contrazione delle parti che la precedono in un'ansa immobile e rilasciata che la segue.

Orbene, la stessa statistica ammette la varietà tiflocolica ed i casi del Cignozzi, del Cornelli e nostro sono chiaramente dimostrativi in questo senso.

Oltre il processo fisiologico di invaginamento secondo R. Cascino esiste il processo meccanico e cioè: introduzione di un'ansa intestinale nella ansa vicina sotto l'influenza del peso che può essere dato da materie fecali, da tumori, da corpi stranieri.

Ma secondo noi deve essere anche molto considerata la stessa azione peristaltica espulsiva dell'intestino in genere e del cieco in ispecie a cui il Durante attribuisce un giusto valore. Questo autore, parlando delle invaginazioni ileocecali dovute ai tumori peduncolati delle pareti dell'intestino, spiega come il meccanismo della invaginazione in questi casi, più che alla trazione meccanica del tumore si deve riferire all'azione peristaltica espulsiva del cieco e del colon ascendente la quale spinge il tumore e questo, pel suo peduncolo trae seco la parete intestinale su cui si impianta. Dato quindi che il tumore si impianti col suo peduncolo nella parete dell'estremità inferiore dell'ileo o a livello della valvola del Bahuin, il *primum movens* del fenomeno è dato dalla contrazione peristaltica della parete cecale e il tenue verrebbe trascinato secondariamente e passivamente.

L'invaginazione, dice il Durante, per l'ordinario è determinata dall'abuso dei purganti e nei bambini dalla enterocolite cronica, sia i primi che la seconda provocano forti contrazioni dell'ultima porzione dell'ileo cui spingono ad affondarsi nel ceco.

La stessa causa può provocare forti contrazioni spasmodiche del cieco ed allora si verifica il principio di una introflessione della parete la quale, divenendo permanente ed aggravandosi, può costituire da sola la fenomenologia tipica della invaginazione.

Ma nel nostro caso una concominante lesione anatomo-patologica ha reso più facile ed ha anzi mantenuto in un primo tempo il rapporto abnorme del segmento intestinale cecale con il tratto successivo del colon ascendente contribuendo così alla patogenesi del fenomeno occlusivo.

La membrana pericolica descritta ha avuto in certo qual modo, in un primo tempo la funzione di tenere imprigionata la parete introflessa della ampolla cecale, nello stesso modo con cui un colletto di un sacco erniario restringe in un primo tempo l'ansa di intestino che si avanza nel sacco. Lo spasmo mantenendo per un primo tempo l'invaginazione si avvera una certa stasi circolatoria nella porzione di intestino imprigionato. Ciò aumenta subito la sproporzione fra il contenuto al di là dell'anello e l'anello stesso che diventa strozzante.

Può intervenire allora la solita azione dell'intestino che sta a monte e che tenta di vincere l'ostacolo che si frappone al libero circolo intestinale ed allora si aggrava l'invaginazione e la valvola ileocecale viene spinta insieme con la ultima porzione di tenue cosicchè può essere facile riscontrare durante lo svaginamento la liberazione, prima dell'ileo e della valvola ileocecale, quindi del cieco.

Nel caso nostro stava iniziandosi questo secondo tempo. La valvola ileocecale cominciava ad essere come succhiata nel colon ascendente e l'appendice sporgeva ancora colla punta, fuori del colletto dell'invaginazione.

Avvenuta la riduzione risultò chiaramente come la porzione di intestino che aveva subito alterazioni circolatorie era quella del ceco e in parte dell'appendice, mentre l'ileo risultava assolutamente normale, ciò che non sarebbe certo avvenuto se per primo il tenue si fosse impegnato attraverso alla struttura della valvola del Bahuin.

Siamo così di fronte ad un caso veramente singolare di invaginamento che avviene si può dire con meccanismo direttamente contrario a quello di solito descritto nei trattati.

È una porzione di intestino piuttosto dilatata, il cieco, che, contraendosi su sè stesso per uno spasmo delle sue pareti, finisce per impegnarsi in una strettura al di là della quale ritrova un calibro maggiore, allora la parte penetrata in questo tratto si espande e si edematizza a cagione della struttura che produce in quel tratto una stasi.

In questo tempo sopravviene la contrazione del tratto di intestino a monte, che tende a vincere la stenosi e aggrava l'invaginamento producendo l'occlusione e l'impegno di altro tratto di intestino.

Datando dal 1908 la comunicazione fatta dal Jakson alla Western Surgical Society e solo dopo quel tempo essendo fiorita la letteratura concernente la pericolite membranosa, può essere naturale che osservazioni di casi simili al nostro siano passati misconosciuti per quello che poteva riguardare il meccanismo di invaginamento favorito da una formazione membranosa quale è stata chiaramente rilevata nel nostro caso. Per cui al fenomeno invaginamento si sia data la

prevalente importanza insieme colle spiegazioni patogenetiche classiche di questa affezione.

Soltanto il Cignozzi nella sua memoria: *Occlusione intestinale per inginocchiamento del tenue* (*Policl.*, Sez. chir., maggio 1922) accenna, parlando della terapia chirurgica in casi in cui le membrane pericoliche a tipo flogistico abbiano ad indurre gravi alterazioni, alla possibilità che coesistano fenomeni localizzati di stenosi come il volvolo, l'inginocchiamento e l'intussuccessione i quali possono far sì che l'escisione delle membrane, o altri artefici tecnici o conservatori o di lieve entità non possono garantire una buona canalizzazione intestinale e nei quali per stenosi estese cicatriziali per molteplici alterazioni a vario livello del tubo enterico sono necessari ed indispensabili procedimenti di anastomosi che escludono dal circolo taluni tratti di esso, quali ad esempio la ileocolontraversostomia, la ileosigmoidostomia, la cecocolostomia.

Ma non riferisce casi di intussuccessione suoi o di altri e appare quindi soltanto che l'accenno alla possibilità sia fatto per induzione.

Questo autore, riportando il caso occorsogli di invaginazione tiflocolica (*Policl.*, Sez. chir., 1917) non rileva fatti di pericolite membranosa attribuendo la massima importanza del fenomeno occlusivo alla presenza di ceco fluttuante. Trattandosi di un autore che aveva già diligentemente studiato e osservato casi di perisigmoidite ed in genere aveva trattato di questo argomento della patologia del grosso intestino, e che si è poi ex professo occupato della malattia di Jackson, certo non gli sarebbe sfuggita una combinazione patogenetica simile alla nostra.

Nella sua recentissima memoria il Cornelli accenna a delle tenui aderenze che avvolgono il tumore costituito dal colon ascendente ingrossato a salsiccia, aumentato di consistenza, mentre l'appendice è quasi del tutto scomparsa in una introflessione del cieco e l'ileo ha il suo normale impianto sul colon. Invaginazione tiflocolica dunque con fatti di infiammazione recente. Quale causa preminente della invaginazione viene ammessa l'appendicite inducente alterazioni infiammatorie del cieco con conseguente alterazione dell'onda peristaltica e tutto ciò associato a cieco mobile.

Cieco mobile che come già abbiamo visto, sarebbe una delle cause più importanti per l'avverarsi della invaginazione benchè, malgrado la forte letteratura specialmente fiorita in Germania dopo l'articolo del Wilms comparso nella *Deutsche med. Woch.* 8 ottobre 1908, che portava argomenti a dimostrare l'importanza di questa disposizione anatomica nella insorgenza di disturbi di circolo intestinale con tutta una sequela di fenomeni tossici e dolorosi, in questi ultimi tempi sia sorta una corrente contraria (Bianchetti. *Policlinico*, Sez. chir., fasc. 8, 1922) con a capo Cramer, Sonnemburg e altri, per i quali la mobilità cecale non solo non è da considerare quale agente morboso, ma piuttosto una condizione favorevole alla funzionalità cecale. Tanto che i sostenitori della fissazione del ceco sono andati diminuendo anche in Germania.

Il Quarella riferisce già nel suo lavoro, che al Congresso dei chirurghi tedeschi del 1911, Woolker, Alexander, Sonnenburg, Dreier, Fromme, Körte, furono unanimi nel considerare la cecopessia come un'operazione non fisiologica (in quanto il cieco normalmente deve essere libero) e capace anche di produrre dei disturbi, in ispecie nelle donne passibili ancora di gravidanze.

Reazione questa anche esagerata poichè con l'appendicostomia basilare od anche con l'appendicostomia apicale preconizzata dal Keetley, eseguita dal Weir (1902) ed in seguito qui in Italia eseguita dallo Stresino, dal Solieri, e specialmente dal Mattoli (Caucci: *Clinica chirurgica*, 1920, n. 1-2) si viene certamente ad imbrigliare il cieco e nondimeno si ottengono in diverse affezioni ottimi risultati terapeutici.

Non solo, ma la vera cecopessia, specialmente se unita a cecoplicatura secondo i dettami di Delbet, Mauclaire, Groebel, è stata felicemente eseguita in ispecie come intervento complementare alla sezione della membrana pericolica, allo scopo evidente di potere, almeno in parte, restaurare la tonicità e la capacità funzionale d'un cieco estatico (Quarella).

Il Cignozzi propone addirittura, specie nei giovani, costantemente la tiflopessia con suo metodo speciale, dopo l'appendicectomia. (*Policlinico*, Sezione chir., 1917, pag. 130).

Comunque noi ci siamo trovati dinanzi ad un caso di cieco che per taluni è un cieco mobile dato che con facilità è stato possibile portare alla breccia laparatomica tutta la massa costituente l'invaginazione cosicchè si può considerare altresì mobile la prima porzione del colon ascendente e di una relativa lunghezza il mesenterio della porzione terminale dell'ileo.

Ma quello che più conta secondo il nostro modo di vedere è la presenza della membrana pericolica che fu certamente la cagione determinante del fenomeno occlusivo appena che la contrazione spasmodica, forse provocata dal purgante, ebbe provocato il primo momento della introflessione della parete intestinale nel lume stesso del colon ascendente.

Invaginazione dunque cecocolica ben netta, rara come ebbimo a dire, secondo la statistica, perfino negata come possibilità, dal Gangitano, favorita dalla presenza della membrana pericolica.

A proposito della quale, ricordiamo come le membrane pericoliche, a seconda dei diversi autori, si possono per l'eziologia dividere in membrane di origine congenita, membrane di origine meccanica, membrane di origine infiammatoria, a cui ormai bisogna aggiungere la categoria delle membrane di natura mista congenito-infiammatoria che è sostenuta autorevolmente dal Quarella, dal Cignozzi, ecc. Veramente il Quarella vuol chiaramente distinguere tra le vere membrane di Jakson di cui descrive due tipi, uno originato dal peritoneo, in tutta vicinanza dell'angolo epatico e si adagia sul colon ascendente, l'altro che si stacca ordinariamente dalla parete laterale destra dell'addome o dalla fossa iliaca destra e decorrendo medialmente, ricopre il cieco andando a perdersi sul suo lato interno, e le membrane che furono, dopo Jakson, facilmente descritte come tali e non sarebbero altro che risultati di ileo-pericoliti-adesive secondarie ad affezioni di organi vicini.

Non solo, ma egli crede che ben raramente i due tipi di memrane di origine certamente embrionale, possano assurgere ad una importanza chirurgica mentre di regola, non hanno significato diverso da quello, di una particolare disposizione del peritoneo di origine embriologica.

Soltanto una sclerosi con ispessimento e coartazione della membrana, specialmente di quelle di tipo, diremo, pericolica, può causare fatti patologici, e specialmente ciò può accadere per fatti infiammatori.

Non si tratta più dunque di ammettere membrane di origine mista congenito-flogistica, ma si parla di membrane certamente di origine congenita che ad un dato momento, per sopraggiunti momenti meccanici specialmente infiammatori diventano causa di disturbi che possono essere ragioni di interventi chirurgici.

In ultima analisi, però egli ammette che vi siano queste membrane di Jakson ma sempre diano sentore di sè quando concomitino fatti infiammatori.

Giunge persino ad ammettere che qualche volta la presenza di queste membrane venga rilevata soltanto quando i fatti infiammatori sopraggiunti, con l'iperemia consecutiva le mette in evidenza.

Ad ogni modo si tratterà sempre di peritifliti e pericoliti e la stasi intestinale cronica è una funzione della somma dei due termini stessi come di causa ad affetto.

Non solo, ma quando i focolai infiammatori sono assolutamente assenti, ammette verosimile che una lenta infiammazione abbia potuto originarsi dall'interno del lume intestinale, come fenomeno secondario della stasi fecale.

Dello stesso ordine di idee è il Leotta — questo autore che già nel 1912 si era pronunciato decisamente per la teoria dell'infiammazione intraintestinale, teoria strenuamente sostenuta da Gester, Pilcher, ecc., ancora recentissimamente (*Annali italiani di chirurgia*, anno III, fasc. I: *Sulla stasi ceco-colica da membrane e aderenze pericecali e pericoliche*) sostiene che questa teoria è la più estesamente applicabile.

Si tratterebbe di una lesione flogistica a germi molto attenuati, a decorso estremamente lento, che dall'interno si estrinsecherebbe all'esterno della parete ceco-colica senza alterare la parete stessa e la cui patogenesi è dovuta al ristagno fecale cronico nel ceco e nel colon ascendente.

Eppure descrive delle membrane generalmente esili, d'aspetto velamentoso, quasi trasparenti benchè riccamente vascolarizzate con esili e lunghi vasi a decorso pressochè fra loro parallelo; formazioni scorrevolissime.

G. Bredolan (*Archiv. Italiano di chir.*, vol. IX, fasc. 6) è invece decisamente, per tre casi da lui osservati, ed un quarto trovato casualmente all'autopsia, del parere che tutte le membrane coliche siano di natura congenita, anche quelle che presentano caratteri infiammatori. Nella anamnesi del nostro ammalato è chiara la cronica sofferenza intestinale. In periodo di giovinezza i disturbi intestinali con attacchi febbrili in seguito l'infezione ebertiana, poi ancora l'infezione malarica spiegano la stitichezza, il malessere frequente di digestioni difficili, di lingua impatinata per cui il paziente ricorreva spesso e volentieri a dei purganti. Il reperto operatorio fu puramente quello della invaginazione e della presenza della membrana pericolica, tanto che non si credette necessario asportare la appendice. Il decorso post-operativo dimostrò la equatezza del concetto diagnostico. L'appendice aveva solo subito disturbi di circolazione dovuti al fatto invaginazione e non era mai stata la causa della formazione della membrana.

Ma questa presentava segni certi di infiammazione.

L'iperemia poteva essere spiegata insieme con la vascolarizzazione intensa, col processo di invaginazione, ma le aderenze della sua faccia profonda con la parete del colon ascendente erano segni certi di una infiammazione sia pure cronica e forse dovuta alla flora intestinale esaltata dalla stitichezza abituale, questa a sua volta istituitasi per la pregressa affezione intestinale.

Non trovandosi però fatti flogistici acuti in atto all'infuori di quelli dovuti al processo occlusivo è giocoforza ammettere che si sia trattato qui di una lesione flogistica, a germi molto attenuati di origine intraintestinale nel senso del Leotta.

Ma la membrana preesisteva a questa infiam-

mazione ed era quindi una formazione di origine congenita secondo le vedute del Jakson?

La sua conformazione, la sua inserzione, all'esterno lungo il bordo del colon ascendente, sul peritoneo parietale, il suo limite all'interno che va perdendosi intieramente colla faccia antero-interna del colon ascendente, la mancanza di qualsiasi accenno a propaggini più all'interno, sulla massa intestinale del tenue o sul mesenterio o sull'omento, fanno ritenere che si trattasse qui di una membrana di origine congenita.

Come dice il Brendolan, allorchè le membrane che presentano note infiammatorie, hanno la stessa forma e disposizione di quelle descritte da Jakson e dagli autori che ne descrissero con la stessa forma e disposizione, e inoltre anche presentando fatti infiammatori, non contraggono aderenza con altre parti dell'intestino, è logico ritenerle di origine congenita.

Se adunque si deve ammettere l'origine congenita della membrana osservata, ci pare nel nostro caso che la genesi di essa possa essere spiegata accettando fondamentalmente l'ipotesi di Ceever, il quale crede che la membrana sia formata dalla rotazione del cieco e del colon a sinistra anzichè destra, con conseguente trazione di una lamina di peritoneo sopra di esso. Anzi questa ipotesi può venire integrata e resa ancora più accetta dalle ricerche di Valtorta. Questo autore conclude affermando che nel feto è dimostrabile talvolta una membrana parietocolica dovuta probabilmente a precoce saldatura del mesentere colico e successiva rotazione.

Essa non può essere data dal margine destro dell'omento nè da appendici epiploiche. La lamiera di peritoneo di cui parla il Ceever non sarebbe che la lamiera risultante dalle saldature del mesentere colico il quale verrebbe a trovarsi a destra col suo margine esterno per la rotazione del colon a sinistra cosicchè questo si trascinerebbe il margine interno della membrana stessa. Di qui anche la mobilità del cieco che di solito si riscontra in simili casi, poichè questa prima porzione di crasso rimarrebbe sempre necessariamente priva di fissazione mesenterica.

Per quello che riguarda il metodo di cura seguito è da notare che non si è creduto di asportare l'appendice poichè appariva chiaramente che nel fatto meccanico essa non era in causa e la mancanza di febbre, la mancanza di coliche appendicolari pregresse, lo stato stesso dell'organo al momento della avvenuta disinvaginazione escludevano trattarsi di appendicite concomitante. Non solo per questo non si è creduto procedere alla esportazione. Ma trattandosi di una parte già fortemente provata dall'insulto meccanico e presentante disturbi circolatori di una certa entità non appariva troppo prudente procedere alla mutilazione dell'organo non dimostrandosi questo atto di assoluta necessità.

La scomparsa quasi istantanea dei sintomi dopo l'operazione ed il decorso veramente ottimo hanno dimostrato ancor più la bontà della condotta tenuta. Si è proceduto invece alla cecopessia.

Il metodo seguito per essa è stato molto semplice ma crediamo ben efficace. Si fa aderire una discreta superficie della parete cecale alla parete addominale, direttamente, privata di peritoneo. Questa aderenza viene favorita e mantenuta tenacemente dalla sutura circolare che si usa anche nella fissazione di un'ansa per la formazione di un ano preternaturale. Si ottiene forse così più garanzia di fissazione che col metodo adottato dal Cignozzi poichè con questo, i punti annodati sulla cute e rimovibili e annodati dopo la chiusura della breccia, non favoriscono il combaciare della sierosa colla parete senza interposizione di peritoneo. Solo la scarificazione della sierosa può in questo caso essere una qualche garanzia di successo.

La proposta del Gangitano non parve doversi accettare, ritenendo sufficiente, dato il meccanismo della invaginazione e la modalità cecocolica, la fissazione del cieco alla parete.

Nei casi del Gangitano era da immobilizzare specialmente il tenue con la sua tendenza a progredire nel colon ascendente.

Non dimentichiamo il parere favorevole di diversi autorevoli chirurghi che accusano la ileocolotrasversostomia dell' inconveniente talvolta grave del reflusso cecale (Leotta, Mattoli, Cuneo, Duval, Lambret, ecc.) e così pure per l'esclusione troppo grande di intestino crasso non è consigliabile la ileo-sigmoidostomia che è causa facile di diarrea permanente ed è stata abbandonata da Delbet, Wilms, De-Quervain, Hoffmeister.

Questa operazione è stata dimostrata veramente utile, dal Giordano, nella ectasia del colon, specie nel megacolon congenito, ma appare per lo meno esagerata nella cura dell'invaginazione del segmento ileocecale togliendo tutto il crasso alla circolazione intestinale. Così pure non pare abbia avuta migliore fortuna presso i chirurghi la proposta della tiflosigmoidostomia. Ricerche di Duval e Roux avrebbero però accertato che non si esclude con ciò la circolazione del colon.

Si potrebbe invece accettare come ottima cura radicale la proposta del Quarella che riporta anche le interessanti ricerche dell'Alglave (*Rev. de gin. et de chir. abdom.*, n. 1, febbraio 1907) di procedere alla resezione ileocecocolica la quale

esporterebbe radicalmente i segmenti intestinali aventi la triste prerogativa di ripetere il grave quadro occlusivo.

Ma questo è un intervento di gran mole come dice il Brendolan (pag. 678, lococitato) e non si deve usare se non quando l'intervento più semplice non ha avuto successo.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE.

A. CAUCCI. *L'appendicostomia.* La Clin. Chir., 1920, pag. 164, fasc. 1-2.

ANCEL e CAVAILLON. Journ. d'anat. e de phys., 1917.

R. CASCINO. *Chirurgia del grosso intestino*, 1919. Medica, tip. Maltese.

O. CIGNOZZI. *Occlusione intestinale da invaginazione tiflocolica in ceco mobile con appendicite.* Polic., Sez. chir., 1917, pag. 120.

CORNELLI. *Ileo da occlusione intestinale per invaginazione tiflocolica recente e appendicite.* Rivista ospitaliera, marzo 1924.

DUPLAY-RECLUS. Trattato di chirurgia, vol VI. p. I.

O. CIGNOZZI. *Occlusione intestinale, ecc.* Policlinico, Sez. chir., maggio 1922.

ID. *Significato, funzione ed esiti, ecc.* Policlinico, Sez. chir., aprile 1922.

CARLO GANGITANO. *Quattro casi di invaginazione ileotiflocolica trattati con la evaginazione ileotransversostomia latero-laterale.* La Clinica chirurgica, 1917, n. 11-12.

G. BRENDOLAN. *Contributo clinico allo studio della membrana di Jakson.* Arch. It. Chir., vol. IX, fasc. 6.

VALTORTA. *Ricerche sulla regione ileo-ciecoappendicolare nel feto e nel neonato. Osservaz. anatom. e cliniche.* Atti della Soc. lombarda scienze mediche e biologiche, seduta 16 marzo 1914.

B. QUARELLA. *Contributo alla patologia della fossa ileocecale.* La Clin. Chir., 1916, n. 5-6.

S. SOLIERI. Arch. di chir., vol. VII, fasc. 3.

NOTE DI TECNICA.

Importanza dell'indagine radiologica nell'accertamento etiologico precoce delle piurie

pel dott. ERMANNO PAZZI (Roma).

Ho scelto per questa breve nota un giornale di Medicina pratica, diffuso come il *Policlinico*, e non un Giornale di Urologia o di Radiologia, perchè il caso che riferisco è di somma importanza per il medico pratico non per gli Urologi od i Radiologi che sono già convinti di quanto io scrivo e che, si può dire, quotidianamente hanno la conferma della fondatezza della propria convinzione.

Non mi dilungherò pertanto ad esporre le ragioni che dimostrano l'utilità dell'indagine radiologica sistematica nelle malattie urinarie per l'urologo al quale, da detta indagine, spesso viene la certezza della diagnosi clinica e molte volte il mezzo per completare la diagnosi stessa, ma illustrerò un caso, fra i tanti, dei più dimostrativi e purtroppo anche dei più dolorosi nei riguardi del paziente.

Sergio M., di anni 58, campagnolo, degente in clinica dal 15 marzo al 7 aprile 1925: non precedenti ereditari degni di nota, non lues, non malattie veneree: dall'età di 20 anni si accorse di emettere, intermittentemente, urine torbide senza alcuna localizzazione dolorosa.

Dall'età di anni 30 ha avuto numerosi attacchi di reumatismo, a tipo gottoso, agli arti inferiori, qualche volta con accessi febbrile e con sudorazione:, due volte ha avuto febbre intensa con dolori alle regioni lombari: durante gli accessi febbrili e dolorifici le urine apparivano sempre più torbide. Da qualche anno ha intensi disturbi vescicali e da quattro mesi pollachiuria dolorosa di progressiva intensità.

Ha ricorso, in epoche diverse, a vari medici ed è sempre stato curato per cistite con semicupi, antisettici delle vie urinarie, lavande vescicali, ecc. ritraendone solo transitori miglioramenti.

In un primo tempo l'urologo (prof. Pirondini) praticò la cistoscopia che fece rilevare una cistite cronica diffusa, in alcuni punti bollosa: in secondo tempo completò l'esplorazione, e l'esame della funzione dei due reni riuniti mostrò non completa sufficienza. La cromocistoscopia stabilì che l'indice si eliminava male dai due lati, specie da sinistra: il cateterismo degli ureteri permise di ricavare dai due lati urine pallide, diluite e piuriche.

All'indagine radiologica pertanto era riservato il compito di accertare la causa delle alterazioni ve-

scicali e renali, causa già intuita dall'urologo, ma non confermata.

La radioscopia e radiografia della vescica, sia semplice sia con immissione di liquido di con-

di tumori o di calcoli e rilevava flogosi cronica della mucosa vescicale.

L'indagine radioscopica e radiografica invece delle regioni renali e ureterali, in proiezione ven-

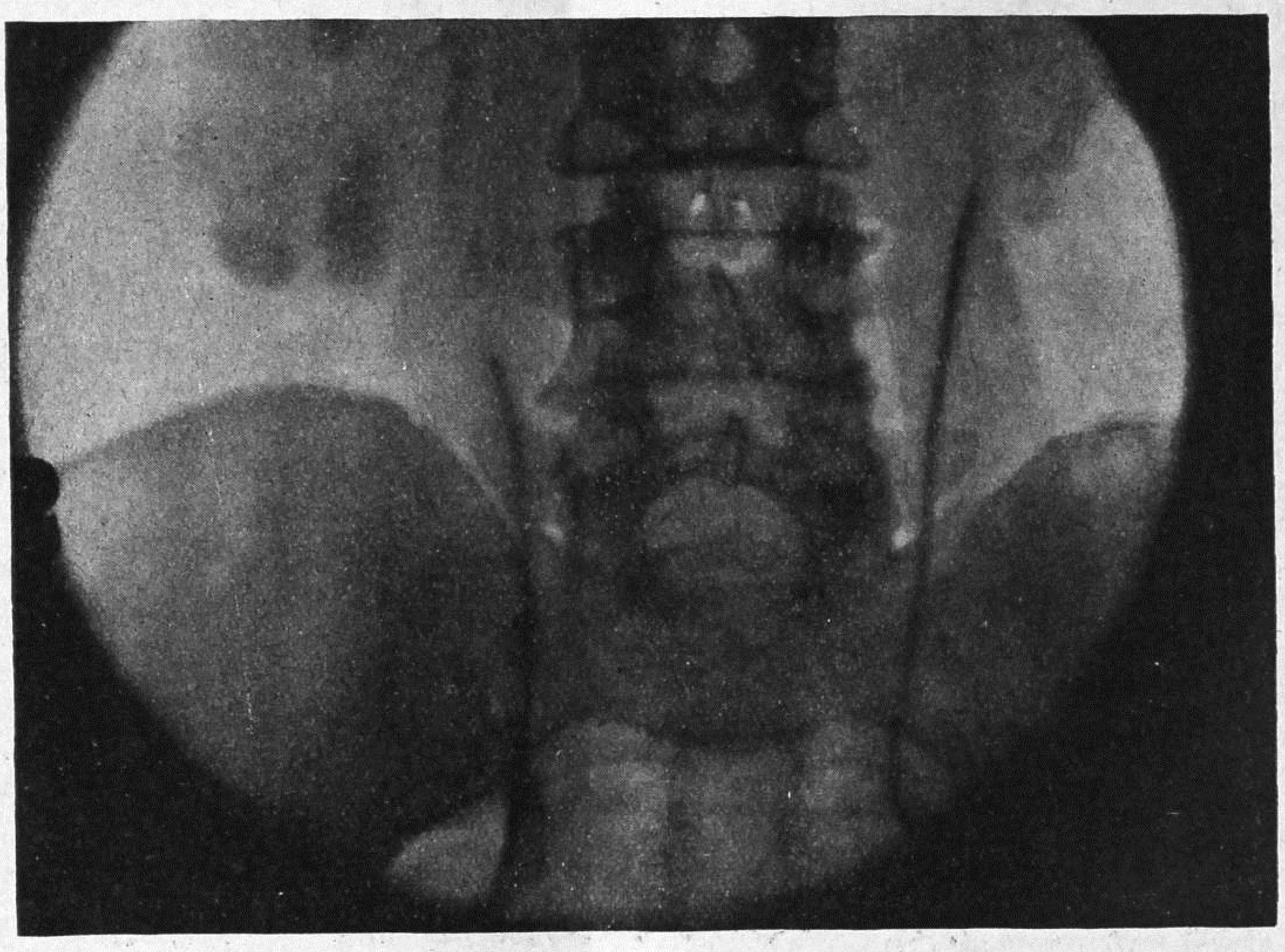


FIG. 1.

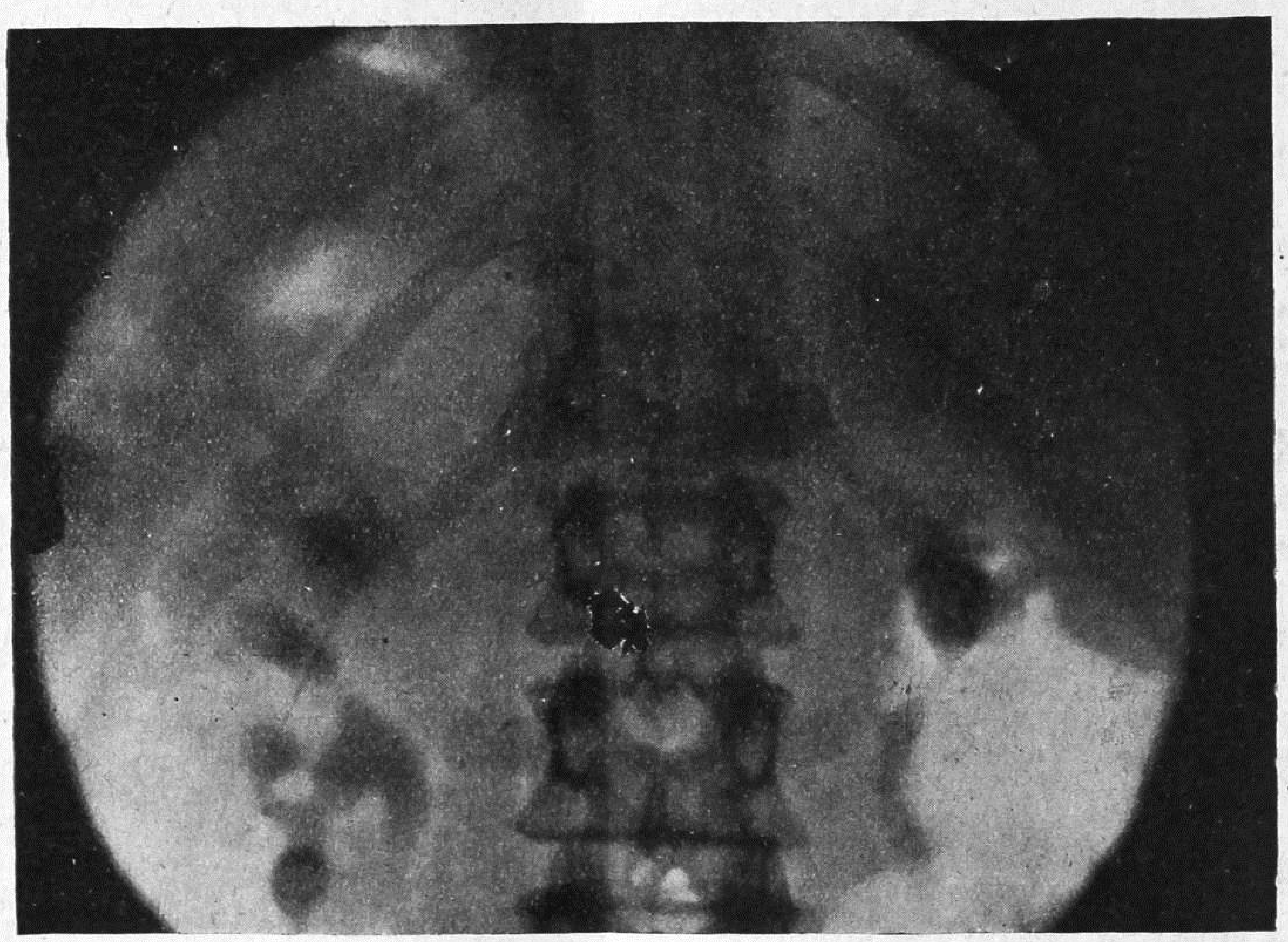


FIG. 2.

trasto, eseguita sino dal primo momento dell'ingresso in Clinica del paziente, non diede alcun dato importante da aggiungere al reperto cistoscopico che da per se stesso escludeva l'esistenza

tro-dorsale e laterale, e la pielografia bilaterale, confermarono le gravi lesioni renali bilaterali.

A sinistra infatti si osservò una grossa sacca con calcoli multipli, con alterazione della forma

della pelvi e dei calici, (dilatazioni), a destra dilatazione della pelvi ed ombre riferibili a probabili depositi calcarei. (Vedi radiogrammi 1 e 2).

Della sintesi degli esami urologici e radiologici si potè così stabilire l'esatta diagnosi:

Pielonefrite bilaterale: a sinistra con pielectasia e calcoli multipli, a destra con pielectasia, di minor grado, ed incrostazioni. Cistite cronica. Insufficienza funzionale.

Dalla succinta esposizione chiara emerge la necessità per il medico pratico in casi di cistite persistente (per non dire di altre affezioni dell'apparato urinario) spesso diagnosticata solo in base ad analisi di urina, di completare sempre o di far completare dall'urologo gli accertamenti, accertamenti quasi costantemente integrati dell'esame radiologico sistematico.

Dico sistematico sia perchè sono frequenti i casi di calcolosi renale bilaterale che non richiamano l'attenzione del medico, non essendo sempre la localizzazione dolorosa bilaterale, sia perchè relativamente spesso la calcolosi renale è dal lato opposto alla sede del dolore denunciata dal pazien te, sia perchè qualche volta (restringimenti uretrali, alterazioni vescicali, ecc.) non sono possibili in primo tempo la cistoscopia ed il cateterismo degli ureteri, ecc.

Se M. fosse stato studiato meglio sino dai primi accenni del male o per lo meno durante il lungo periodo di tempo nel quale le sue sofferenze si esacerbavano, forse la lesione renale bilaterale oggi constatata, si sarebbe potuta evitare o con un atto operatorio o con un trattamento curativo adeguato atto a guarire la lesione primaria. Tutto infatti fa ritenere che la lesione insorta nel rene sinistro, precocemente, si sia lentamente diffusa alla vescica e per via ascendente abbia invaso anche il rene destro rendendo ora, dato il risultato dell'esame funzionale dei due reni, assolutamente controindicato qualsiasi intervento operatorio e togliendo, per la persistenza della causa delle pieliti, ogni speranza di guarigione per l'infermo.

Roma, 1º maggio 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

MALATTIE INFETTIVE.

La clinica e l'esperimento nelle infezioni erpetiche.

(TOMMASO PONTANO. *Rivista Ospedaliera*, 1925, n. 4).

La parola « erpes » — dal greco « striscio », « serpeggio » — è stata utile alla dermatologia per indicare le più svariate sindromi morbose: l'erpes circinnatus, l'erpes eritematosus, il tonsurans, l'exedens, il farinosus, il vegetans, lo zoster, il praeputialis, ecc. Oggi, restringendo le denominazioni chiamiamo erpes, quello comune, febbrile, isolato o sintomatico di polmonite, malaria, meningite epidemica, e lo zoster manifestazione di malattia nervosa ignota, il primo formato da gruppi di vescicole senza determinata distribuzione, in genere intorno alle cavità naturali del corpo, che guarisce senza esiti, che recidiva facilmente, e che ogni volta si accompagna a disturbi generali più o meno intensi. All'opposto l'erpes zoster o zona, di solito compare quale malattia isolata, mostra vescicole disposte a gruppi, strettamente regionali, con localizzazione lungo il decorso dei nervi o delle radici, che non recidiva, che lascia cicatrici e pigmentazioni cutanee. In comune dunque le due forme dal punto di vista clinico, non hanno che la manifestazione « vescicola » ed il medesimo modo di aggruppamento (a grappolo).

Ed aggiungiamo che spesso lo zoster si accompagna a dolori radicolari, talora a sindromi nervose più importanti come ipoestesie ed anestesie gravi, paresi e paralisi in tutti i territori, con lesioni anatomiche su tutta la diramazione ganglio radicolare, con focolai infiltrativi ed emorragici, ecc. Con le alterazioni anatomiche coesistono quasi costantemente alterazioni del liquor con linfocitosi.

Grüter nel 1913 dimostra sperimentalmente che si poteva trasmettere l'infezione erpetica corneale dall'uomo al coniglio o con la scarificazione: la lesione poteva essere trasmessa in serie da coniglio a coniglio: si trattava quindi non di una tossina non vivente contenuta nelle vescicole erpetiche ma di un virus specifico della malattia della quale riproduceva costantemente la sua forma caratteristica ed il particolare decorso. Poco dopo Lövenstein prova che anche con il liquido dell'erpete labiale e buccale, dell'erpes sintomatico e dell'erpes comune, ad eccezione dello zoster, si poteva determinare nell'occhio del coniglio la medesima lesione. Si veniva quindi ad individualizzare, a riferire a particolare

agente quello che fino ad allora era stato considerato espressione sintomatica di malattie.

Un passo avanti nelle conoscenze fu fatto con la scoperta che era possibile ottenere il virus erpetico anche dalla saliva degli individui malati nonchè dei guariti (portatori) o apparentemente sani: l'esperimento dimostrò anche che la malattia si poteva riprodurre con inoculazioni non solo sulla cornea, ma anche sulla pelle del coniglio convenientemente preparata e che, oltre alla riproduzione locale della malattia, il virus cagionava una vera e propria malattia nervosa con localizzazioni lungo l'asse cerebro spinale, una specifica meningo encefalite erpetica. Controprova di ciò era il fatto che il liquido cefalo rachidiano degli erpetici riproduce l'erpes alla stessa maniera del liquido delle vescicole, e che un estratto di sostanza cerebrale, anche se filtrato per candela, riproduce l'erpes corneale e cutaneo. Intanto gli studi sulla encefalite epidemica mettevano sul tappeto la questione dell'identità del virus erpetico e dell'encefalite epidemica: Levaditi, Doehr pro'; Kling, David, ecc., contro.

Levaditi con la sostanza nervosa, con il liquor, con altri secreti di encefalitici ottiene l'encefalite caratteristica, non solo, ma col virus stesso una cheratocongiuntivite identica a quella ottenuta con virus erpetico: al Levaditi fa coro il Doehr in Germania nel sostenere la teoria unicista. Ed il Kling oppositore, era messo a tacere con la dimostrazione che il virus da questi usato — mediante il quale solo l'encefalite erasi potuta ottenere sperimentalmente, e non la cheratocongiuntivite — era espressione di una speciale e naturale malattia dei conigli, determinata dall'*encephalitozoon cuniculi*. Ma a sua volta l'opera del Levaditi non resisteva alla critica: la malata, dalla quale l'O. aveva prelevato il materiale, presentava in terza giornata di malattia, una evidente eruzione di erpes sulle labbra, *una* eruzione espressione dunque di malattia generale il cui virus doveva trovarsi nel contempo e nel liquor e nella saliva e negli altri secreti.

Con questi secreti e con il cervello era giocoforza attendersi una eventuale sperimentale riproduzione di ambedue le malattie dalle quali era affetta la paziente.

Noi possiamo dire dunque non potersi accettare ancora l'identità etiologica dell'erpes e dell'encefalite: troppo nette sono le differenze anatomiche, troppo differente è il decorso, l'evoluzione, l'esito, ecc. Accanto all'encefalite dobbiamo ammettere l'esistènza di una malattia a tipo infettivo talora epidemica, che lascia immunità, che colpisce i gangli sensitivi e le radici, malattia che chiamiamo erpes zoster, della quale non conosciamo il virus.

Identità etiologica vollero alcuni scorgere fra la zona e la varicella: gli osservatori si basarono per tal fatto su dati epidemiologici, sulla identità della lesione elementare. Fu il Bokay ad osservare pel primo l'insorgere di una epidemia di varicella in un asilo ove era entrato un bambino affetto da zona: seguirono altre osservazioni simili, mentre Netter estraendo antigeni dalle croste dello zona e della varicella, trovarono positiva la deviazione del complemento in deviazione crociata, oltre che ciascuno con la sua propria malattia: dalla indennità di deviazione per antigeni comuni, ne verrebbe la specificità dei fatti immunitari a cui darebbero origine le due malattie, e perciò si costituirebbe un'altra prova dell'identità dell'agente morboso.

Se però ricordiamo che fatti simili si verificano a proposito della deviazione con sieri luetici nella malaria, dobbiamo senz'altro escludere un valore alla deviazione crociata nella zona-varicella, quale stigmata di identità: i soli fatti accertati di una certa importanza sono i fatti epidemiologici. Dobbiamo perciò concludere per identificare le due malattie? No di certo: lo zoster, malattia che, attraverso lesioni del sistema nervoso, provoca manifestazioni cutanee è bensì dovuto ad un virus che noi ignoriamo, ma zoster e varicella sono malattie differenti ad etiologia differenti.

Ma, a parte l'etiologia, non pochi quesiti ci offre a risolvere la Clinica delle malattie in discorso: perchè questa localizzazione costante sulle labbra in malattie tanto diverse quali la meningite e la malaria? perchè, anche al di fuori delle labbra esso predilige zone determinate? perchè si presenta solo in un determinato gruppo di malattie tanto da servire come elemento di diagnosi differenziale?

E se ci fermiamo alla patogenesi, esistono ragioni di predisposizione locale? e quali esse sono? e donde entra il virus? e se segue dai centri il decorso dei nervi periferici per fissarsi sulla mucosa o sulla cute, perchè segue quasi sempre gli stessi?

Da tutto quel che precede si vede che se progresso grande ci è stato, ancora molta oscurità regna. L'erpete febbrile è divenuto una malattia autonoma da infezione provocata da un virus filtrabile con un meccanismo non chiaro: essa non si limita alle manifestazioni cutanee e mucose, ma invade anche il sistema nervoso dando una encefalite latente o manifesta: la clinica si rifiuta di identificare questo virus con quello del-

l'encefalite epidemica. L'erpes zoster, malattia autonoma anch'essa da infezione, che lascia immunità, da virus ancora sconosciuto, non identificabile con quello della varicella.

MONTELEONE.

Sul trattamento della paralisi progressiva mediante l'infezione malarica.

(G. HERMANN. *Medizinische klinik*, n. 11, 1925).

L'A. ha diviso i casi studiati presso la Clinica Psichiatrica tedesca in Praga durante l'anno 1924 in due categorie: una categoria che comprende i paralitici iniziali e le forme maniacali e demenziali incipienti, ed una categoria che comprende le forme avanzate, le forme senili, le giovanili, le galoppanti. Tra i malati appartenenti alla prima categoria si può ottenere una percentuale di guarigioni, almeno apparenti, che raggiunge quasi il 100 %. In genere le probabilità di un esito felice della cura sono tanto maggiori quanto più iniziale è la paralisi progressiva. Invece, negli stadi avanzati in cui le lesioni cerebrali sono gravi, la cura di Wagner-Jauregg ha poco effetto.

Mediante ricerche encefalografiche l'A. ha potuto stabilire come esista *intra-vitam* un rapporto fra la prognosi della malattia e l'atrofia cerebrale: estraendo col metodo di Bingel in un individuo sano, la più grande quantità possibile di liquor, questa appena raggiunge i 100 cmc. In un paralitico invece questa raggiunge perfino i 250 cmc. Orbene, la prognosi sarà tanto migliore, quanto minore sarà la quantità di liquido estraibile, ossia quanto minore è l'atrofia cerebrale.

L'A. ha trattato 55 casi: 10 appartenevano alla categoria delle forme iniziali; di essi 9 guarirono in maniera da riprendere le proprie occupazioni, 1 morì per rottura della milza. 45 appartenevano alla categoria delle forme avanzate e gravi: di cui 2 guarirono, 23 migliorarono. Complessivamente: su 55 casi, 11 guariti, 23 migliorati (60 %).

L'A. crede che il processo paralitico sia un fenomeno reversibile occasionato dal prevalere del fattore virus sul fattore parenchima cerebrale. La infezione malarica invertirebbe tale rapporto sì che il fattore parenchima cerebrale prevarrebbe nuovamente sul fattore virus in maniera da ristabilire lo *statu quo* della lue latente. Se, a questo punto, si pratica al paralitico guarito una energica cura antiluetica, si potrà guarirlo anche dalla lue, ossia alla guarigione temporanea si sostituirà la guarigione defintiva come dimostrano le reazioni citologiche e sierologiche.

L'A. cita i casi di due paralitici così trattati, che dopo due anni hanno negative le reazioni sierologiche e sono individui psichicamente normali.

Per il prelevamento e la conservazione del materiale da iniettare, l'A. non potendo avere a disposizione casi recenti di malaria, si serve di materiale umano come materiale su cui compiere i passaggi necessari per avere sempre a disposizione uno stipite infettante di malaria. Il sangue prelevato, viene iniettato endovenosamente al più presto possibile, ma ha notato come possa conservarsi infettante anche per 50 ore sì da permetterne l'invio per mezzo della posta in località lontane.

Non vennero notate complicazioni gravi nei paralitici curati col metodo in questione; in due casi solamente si verificò un esantema urticariforme che l'A. descrive come esantema malarico. In un malato assai agitato, si ebbe l'obitus per rottura della milza.

L'A. riferisce oltre ai propri, anche alcuni casi comunicatigli dal dott. Enderle della Clinica Neuropatologica di Roma dai quali deduce osservazioni notevolmente interessanti: mentre i casi trattati a Roma presentano miglioramenti notevoli fin dai primi attacchi febbrili, i casi trattati a Praga non migliorano che dopo settimane e mesi dalla fine della terapia alla Wagner. Spiega il fatto coll'ammettere che il passaggio dei parassiti malarici da uomo ad uomo modifichi i caratteri del parassita. Infatti gli studi italiani di Barzilai-Vivaldi e Kanders hanno messo in evidenza come la malaria da iniezione non è comunicabile all'anofele.

Alcuni pazienti dopo l'iniezione di sangue malarico presentarono un netto tumore di milza, ma non ebbero per molto tempo alcun accesso febbrile. Orbene, questi casi migliorarono notevolmente, ed il miglioramento aumentò quando l'iniezione di adrenalina riuscì a provocare tipici accessi. Evidentemente la malaria da iniezione può dare anche essa un parassitismo latente. Ma un'altra considerazione emerge da questi casi: non è il solo accesso febbrile che rappresenta il fattore causale del miglioramento della paralisi progressiva, ma evidentemente ad esso si somma un altro componente: l'infezione malarica di per sè stessa sola.

Quanto al decorso dell'infezione provocata, questa può esaurirsi spontaneamente; se energicamente curata non dà quasi mai recidive.

L'A. chiude il suo resoconto citando alcuni fenomeni emersi da ricerche encefalografiche su paralitici malarizzati: in cinque casi, che dopo la malarizzazione presentavano una tipica sindrome paranoide o allucinatoria, era riconoscibile all'esame encefalografico una prevalente atrofia del lobo temporale. In tutti gli altri casi di demenza paralitica, migliorati o no, l'atrofia era uniforme, o prevalentemente a carico del lobo frontale. L'os-

servazione è tanto più interessante in quanto dimostra come l'infezione malarica aveva modificato il quadro sintomatologico dell'atrofia del lobo temporale: sintomi di paranoia e fenomeni allucinatori erano comparsi in luogo dell'afasia sensoriale, delle paralisi, delle allucinazioni acustiche. Secondo l'A. tale fenomeno potrebbe mettersi in rapporto causale con una attenuazione del virus occasionata dalla malaria.

ROCCHI.

CUORE E VASI.

Il meccanismo dell'insufficienza cardiaca.

(B. T. PARSONS-SMITH. *The Practitioner*, giugno 1925).

L'interpetrazione del meccanismo con cui si produce l'insufficienza cardiaca ha subito notevoli cambiamenti negli ultimi anni. Fino a poco tempo fa, la teoria della così detta pressione di ritorno era universalmente accettata; essa offriva una spiegazione chiara della successione degli eventi che caratterizzano lo sviluppo graduale dell'insufficienza cardiaca, culminante nella fase di scompenso. Essenzialmente, il meccanismo della pressione di ritorno consiste nel fatto che la pressione del sangue segue la via opposta a quella normale attraverso le cavità cardiache, con gli effetti caratteristici sulla circolazione polmonare, fino a che tutte le cavità sono coinvolte e ne segue un completo circolo vizioso. Un esempio si può trarre dall'insufficienza mitralica, per cui ne risulta che, durante la sistole, una porzione del sangue rigurgita nell'orecchietta sinistra. Questa, ricevendo così il sangue da due parti, si dilata; per effetto dell'aumento di pressione in essa, il sangue ristagna nelle vene ed arterie polmonari, e nel ventricolo destro. A sua volta, questo si dilata per supplire alla nuova richiesta di lavoro, la tricuspide diventa insufficiente e si ha un rigurgito nell'orecchietta destra, con conseguente effetto sul grande circolo.

La teoria della pressione di ritorno è appoggiata a diversi fattori: 1) il cuore è una pompa muscolare provvista di valvole, in modo che la corrente del sangue segue una direzione determinata; 2) le malattie possono colpire le valvole e renderle incapaci a compiere la loro funzione; 3) vi è una correlazione apparente fra la malattia valvolare, gli effetti puramente meccanici ed i reperti di autopsia; 4) vi sono modificazioni patologiche che, in casi di malattie valvolari, si attribuiscono alla pressione di ritorno; 5) il muscolo cardiaco risponde per un certo tempo al superlavoro richiesto fino a che finisce poi con lo stabilirsi lo scompenso.

Davanti a questa teoria sorgono due obbiezioni: 1) esiste necessariamente in tutti i casi di insufficienza cardiaca la pressione di ritorno?; 2) vi è un nesso etiologico definito fra lo stato della pressione di ritorno e la susseguente insufficienza cardiaca?

Alla prima domanda si risponde evidentemente in senso negativo; ogni giorno, si può dire, si assiste all'insufficienza cardiaca senza fenomeni attribuibili alla pressione di ritorno; basta citare il caso dell'insufficienza da miocardite acuta, in cui, all'esaurimento del miocardio ed alla diminuzione dell'energia motrice del cuore, sono da attribuirsi i fenomeni che abitualmente si ritengono caratteristici della pressione di ritorno, la diminuzione del volume del sangue cacciato nelle arterie, la congestione venosa e la stasi viscerale. Nella stessa categoria, si debbono mettere i fenomeni di insufficienza che si osservano nei casi di tachicardia parossistica, in cui l'esame del cuore e del circolo, negli intervalli fra gli accessi, è del tutto negativo. Vi sono dunque fenomeni propri della pressione di ritorno che sono invece nettamente dovuti ad incapacita del muscolo cardiaco. Questo fattore deve riconoscersi anche in casi di vizi valvolari, in cui la pressione di ritorno costituisce un elemento di complicazione.

Per quanto riguarda il nesso etiologico fra stato di pressione di ritorno ed insufficienza cardiaca, si osserva che esso non è per nulla necessario. Basta pensare ai casi di vizi valvolari (in cui gli effetti della pressione di ritorno sono assenti per tutta la durata della malattia), ai casi di miocardite che la teoria della pressione di ritorno è incapace di spiegare, alla mancanza di rapporto fra gravità della lesione valvolare e tempo di sviluppo dell'insufficienza cardiaca. Probabilmente, questa e la pressione di ritorno non sono null'altro che fenomeni associati, dipendenti da un fattore eziologico comune anzichè avere tra loro dipendenza di causa ad effetto.

Per poter bene stabilire quale sia questo fattore comune, è necessario considerare certi particolari che governano la dinamica del battito cardiaco e la sua capacità di rispondere alle varie necessità della vita ed alle condizioni morbose.

La fisiologia sperimentale ci insegna che l'aumento della scarica sistolica è primariamente il risultato di un aumento del volume della corrente venosa di ritorno, la quale produce una abnorme distensione cardiaca. L'orecchietta sovraccarica fa aumentare il volume della corrente che passa nel ventricolo; le cavità così distese, rendono la muscolatura più irritabile, sicchè

questa risponde all'aumento di tensione aumentando la forza della evacuazione sistolica. Il muscolo cardiaco, dunque, è capace di variare la quantità e la velocità del suo lavoro, secondo le richieste circolatorie imposte dall'attività normale della vita; e può far questo, non solo alterando la velocità del battito, ma anche in conformità col fatto che il volume e l'energia del lavoro ventricolare dipendono dal grado di riempimento e dalla tensione iniziale prevalente nei ventricoli immediatamente prima della fase sistolica.

Si deve quindi ammettere che, in un cuore normale, la scarica sistolica aumenterà progressivamente con l'aumento della pressione venosa; lo stimolo cardiaco che eccede il punto critico si associa poi con l'insufficienza funzionale dell'organo (lavoro deficiente per ogni battito, perdita del tono muscolare, dilatazione delle cavità ed ingorgo venoso, senza aumento compensatorio nella tensione iniziale).

L'insufficienza cardiaca può essere associata, come è noto, a modificazioni patologiche diverse delle valvole come del miocardio. P. es., si consideri il caso della miocardite degenerativa in cui il muscolo cardiaco non può più rispondere alle richieste circolatorie nel modo normale. Il primo effetto del sovraccarico ventricolare consiste nella diminuzione delle riserve di energia e nella riduzione nella capacità di lavoro del cuore. Ne segue una deficiente nutrizione dei tessuti e dei centri vitali, a meno che non vi sia, all'inizio, un certo grado di compenso costituito dall'aumento di frequenza del battito cardiaco, da una vasocostrizione generalizzata e da un aumento nella forza di contrazione del ventricolo. Presto o tardi, però, l'efficienza di questi fattori di compenso diminuisce ed il paziente incomincia ad accusare i sintomi che indicano l'incapacità circolatoria: dispnea da sforzo, palpitazioni, capogiri, esaurimento; l'esame fisico rivela lo stabilirsi di alterazioni del ritmo, dei toni cardiaci, della pressione sanguigna, del polso. In tali circostanze, i fenomeni che si osservano non hanno alcuna connessione con la pressione di ritorno e le funzioni circolatorie si mantengono possibili fino a che il potere contrattile del miocardio non sia definitivamente leso; l'insufficienza è in tal caso la conseguenza dell'incapacità da parte del cuore di disporre del contenuto di sangue, in causa della diminuzione del potere di contrazione; si ha quindi riduzione della quantità e della pressione del contenuto arterioso, congestione dei vasi venosi, in complesso dunque l'insufficienza congestizia.

In questo processo, i sintomi ed i segni confermano l'indebolimento del miocardio: l'anemia cerebrale, la sensazione di mancamento, la dispnea, l'esaurimento muscolare dimostrano la diminuzione della validità della sistole ventricolare, mentre la cianosi, la stasi nel dominio delle giugulari, l'ingorgo dei capillari polmonari, la congestione del fegato e degli altri visceri addominali indicano il ristagno delle cavità auricolari e nei larghi vasi venosi; la tendenza all'ascite ed agli edemi indica il rallentamento della corrente capillare e fa aumentare il liquido nei tessuti e nelle cavità sierose.

La sindrome d'insufficienza che caratterizza il processo morboso dipende anzitutto dalla depressione della funzione miocardica ed esprime l'incapacità del cuore a lavorare in piena efficienza col volume del sangue venoso di ritorno.

Consideriamo ora il vizio valvolare, prendendo come esempio tipico la insufficienza mitralica. Il primo effetto del sangue che rigurgita all'orificio mitralico consiste nell'aumento di volume del contenuto auricolare ed, al tempo stesso, alla corrispondente diminuzione di quello scacciato dal ventricolo nel circolo. A quest'ultima mancanza viene ovviato per mezzo di un processo di compenso da parte del miocardio, per cui, almeno nei primi stadii della malattia, il volume scaricato dal ventricolo non è diminuito. Il riflusso nell'orecchietta ha per effetto di riempirla eccessivamente, elevandone la tensione al momento della sistole, donde ne viene l'irritazione della sua muscolatura, un aumento di contrattilità e quindi anche della corrente che entra nel ventricolo. Nei primi stadi, si ha dunque che il ventricolo viene rifornito di sangue in quantità sufficiente, in modo da ovviare alla deficienza che si avrebbe ad ogni contrazione. L'effetto compensatorio dipende quindi essenzialmente dall'integrità meccanica del muscolo ventricolare e si può inferire che anche l'orecchietta sinistra e le vene polmonari si adattano al rigurgito fino a che la funzione ventricolare rimane efficiente e, di conseguenza le arterie polmonari ed il ventricolo destro non ne soffrono. Lo sforzo rimane dunque a carico del ventricolo sinistro.

I sintomi ed i segni dell'insufficienza cardiaca compaiono invece quando si esaurisce il miocardio. Nella stenosi mitralica, il compenso si mantiene fino a quando l'orecchietta sinistra risponde bene all'aumento di tensione nella sua cavità; il prodotto del lavoro ventricolare continua ad essere adeguato alle richieste e lo scompenso dipenderà anche in questo caso dall'insufficienza miocardica.

In pratica, si vedrà che la capacità cardiaca sotto tale riguardo varia da caso a caso. Vi sono pazienti con lesioni valvolari della stessa gravità che differiscono di molto nei segni clinici. Lo

scompenso circolatorio si verifica senza che si possa dimostrare un qualsiasi rapporto con un determinato tipo di lesione valvolare. Ma vi è di più. Per la prima malattia vengono compromesse non soltanto le valvole, ma anche lo stesso miocardio ed il compenso sarà tanto minore quanto più danneggiato è rimasto quest'ultimo; oltre a ciò, tutti i fattori che portano al compenso tendono a diminuire le forze di riserva del miocardio.

Ne consegue che in ogni caso di malattia valvolare, sarà di maggiore importanza fare delle accurate investigazioni sulla capacità del miocardio, anzichè studiare il tipo ed il significato dei rumori che si ascoltano o fare delle indagini speculative sulla presenza o sull'assenza dei fenomeni di pressione di ritorno. Con ciò non si dice che i rumori cardiaci non abbiano la loro importanza; essi indicano la presenza di endocardite ed i loro cambiamenti possono avere significato per stabilire i progressi della lesione. Ma il loro valore consiste essenzialmente nei dirigere l'attenzione sulla possibile compartecipazione del miocardio; ne consegue la necessità di star bene attenti per poter sorprendere in tempo il primo accenno di indebolimento della capacità funzionale del cuore, che clinicamente si manifesta con l'incapacità di rispondere alle domande fisiologiche e con i segni di dispnea, palpitazioni, capogiri, esaurimento, ecc., ossia con una deficiente tolleranza all'esercizio.

Nè si dovrà trascurare un buon esame clinico. Si noterà anzitutto se il cuore è ingrandito (eventualmente anche con i raggi X), poichè, già di per sè, l'ingrandimento costituisce una causa di diminuzione di efficienza. Si studieranno poi: la qualità dell'urto della punta, i toni cardiaci, il ritmo, specialmente per ciò che riguarda le contrazioni premature, le intermittenze, le grandi irregolarità, la fibrillazione auricolare. Fra le alterazioni del ritmo, si rivolgerà particolare attenzione alle diverse varietà di tachicardia, specialmente di quella parossistica, che indica una minaccia seria, ed alla bradicardia che negli individui anziani può essere un serio ostacolo alla esplicazione delle comuni attività della vita.

Rimane poi l'importante questione della risposta del cuore all'esercizio ed il grado di tolleranza può venir misurato dalle conseguenze che ne risultano e che vanno dalla lieve sindrome da sforzo alla grave insufficienza. Lo studio delle aritmie e di tutti i caratteri del polso è pure indispensabile per farsi un'idea adeguata delle condizioni del cuore, per giudicare delle quali si terrà inoltre conto dei segni di stasi nel circolo venoso.

FILIPPINI

La prognosi nell'extrasistole e nella tachicardia.

(IDE. *Journal des sciences médicales de Lille*, anno 42, n. 34).

L'Autore fa rilevare come vi siano ancora troppi medici pessimisti per ciò che riguarda l'extrasistole e la tachicardia.

L'extrasistole è dovuta ad una esagerata irritabilità del tessuto cardiaco e compare all'età adulta, spesso prima della trentina. Subisce oscillazioni stagionali e si ecclissa durante le intossicazioni; essa è, più che altro, l'eccesso di una proprietà normale del cuore. Il cuore extrasistolico non subisce ipertrofia, non dà dispnea nè dolori, salvo l'angoscia assai breve ad ogni extrasistole. Con l'andare dell'età, l'extrasistolico subisce la legge generale dell'invecchiamento dei muscoli; può allora accadere che, in occasione di un brusco attacco stagionale, l'individuo si ritenga un miocardico o si faccia diagnosi di angina pectoris.

Il medico che visita per la prima volta un malato sulla sessantina, può rimanere in dubbio; ma il rilevare la mancanza di edemi, di ipertrofia cardiaca, di ipertensione, di dispnea esagerata tenuto conto dell'età del paziente, metterà sulla buona strada. Si potrà tentare la digitale per alcuni giorni salvo poi sospenderla se non si avverte un deciso miglioramento. Migliori effetti si otterranno con il chinino (1 grammo) e l'atropina (un milligrammo); se in tal modo si ottengono miglioramenti, non vi è più alcun dubbio; si tranquillizza allora il malato e gli si prescrive di uscire, di lavorare secondo le forze della sua età e di alimentarsi normalmente.

Spesso vi è bisogno di energia per convincere tali malati, che dubitano sempre di essere gravemente affetti ed è bene incominciare facendo tutti gli esami per poi passare a far comprendere che la malattia è compatibile con la vecchiaia avanzata e che il riposo e la digitale sono più dannosi che utili. Si ordinerà in seguito al paziente di riprendere la vita ed il lavoro normali; il successo lo rassicurerà intieramente. Ci vuole spesso molta pazienza per riuscire, ancor maggiore di quella necessaria per un neurastenico, ma, mentre quest'ultimo è incorreggibile ed incurabile, nell'extrasistolico si riesce con la pazienza a salvare un'esistenza ed a rimettere l'individuo nelle condizioni normali di vita.

fil.

ARTICOLAZIONI.

Lesioni luetiche articolari.

(GILBERT-DREYFUS e PIERRE BOURGEOIS. *Gazette des hôpitaux*, n. 31-33, 18-25 aprile 1925).

Gli AA. in due articoli trattano brevemente di quanto tuttora si conosce sulle lesioni articolari della sifilide sia acquisita che ereditaria. Preferiscono per la descrizione di queste una classificazione evolutiva delle lesioni in sè non tenendo conto dell'epoca della malattia sia secondaria che terziaria. Riassumeremo in breve le singole alterazioni.

Artralgie. — Si presentano nelle articolazioni più mobili; in ordine di frequenza alle spalle, alle ginocchia, ai polsi, alle caviglie. Spesso sono prese anche le articolazioni delle dita. Alle volte le anche. Sono dolori che si manifestano senza segni obbiettivi clinici e radiologici osteo-sinoviali; che si esacerbano di notte e che si attenuano e scompaiono con l'esercizio dell'articolazione. Non sono influenzati dagli analgesici abituali.

Il dolore consiste in una sensazione speciale di bruciore, di rigidità dell'articolazione con senso quasi di paralisi dei segmenti articolari. Sono propri della sifilide secondaria; si possono presentare però anche nel periodo terziario; nel decorso del trattamento specifico come speciale reazione sinoviale di Herxeimer; nella lues ereditaria a forma accessionale; possono essere segni premonitori di lesioni più gravi dell'articolazione. Scompaiono in pochi giorni in seguito al trattamento specifico.

Le sinoviti subacute. — Si presentano preferibilmente nella sifilide recente; si possono avere anche nelle sifilidi antiche non trattate; nella sifilide ereditaria. Prendono di regola due-tre articolazioni: frequentemente sono simmetriche. Clinicamente si presentano con tumefazione dell'articolazione che mostra i segni di modico versamento intra-articolare; con discreto edema periarticolare; con risentimento concomitante frequente delle borse sierose circonvicine; con lieve aumento del calore; modico arrossamento; e di caratteristico con scarsa limitazione dei movimenti dei segmenti articolari. Quest'ultimo carattere le differenzia oltre che per l'assenza di lesioni cardiache dal reumatismo articolare acuto. Prendono di regola le grosse articolazioni, e danno dal punto di vista funzionale disturbi relativi.

Si accompagnano spesso a modica febbre, a dolori spontanei ad esacerbazione notturna. La puntura dell'articolazione estrae liquido puriforme ricco di polinucleati ben conservati. Il trattamento specifico le fa scomparire totalmente; non sono infrequenti però come postumi anchilosi parziali; forme di reumatismo cronico successivo.

Idrartri. — Tutta la malattia è costituita dal versamento articolare, che si stabilisce insidiosamente, senza notevoli disturbi articolari; con quasi assenza di dolori. Si manifestano di regola nelle grandi articolazioni, in ordine di frequenza alle ginocchia, ai gomiti, ai polsi, alle articolazioni tibio-tarsiche.

Clinicamente non si rilevano nè ispessimenti sinoviali, nè segni di osteo-periostiti. Evidenti i segni di versamento endo-articolare. L'esame del liquido rivela a volte elementi polinucleari, a volte linfociti.

La reazione di Wassermann del liquido è fortemente positiva. Levaditi ha frequentemente isolato lo spirocheta. Si presentano di regola nella sifilide secondaria.

Caratteristico è l'idrartro della sifilide ereditaria che spesso si trova insieme alla cheratite interstiziale, tanto che alcuni autori la mettono al posto della sordità che è rara nella triade di Hutchinson. A volte questi idrartri si presentano in seguito a traumatismi. Sono le forme sifilo-traumatiche descritte da Broca. Il trattamento energico e continuo è capace di far scomparire forme che persistono senza la cura per lunghi anni.

Perisinoviti gommose. — Per lo più monoarticolari e del ginocchio consistono anatomo-patologicamente in una eruzione di noduli gommosi del connettivo periarticolare. Clinicamente si stabiliscono insidiosamente, perchè non sono dolenti. I primi disturbi sono di difficoltà dei movimenti dovuti alla notevole tumefazione dell'articolazione. All'esame clinico si rileva per lo più il ginocchio notevolmente tumefatto, con reticolo venoso sviluppato, con sinoviali ispessite. Con la palpazione si mettono in evidenza numerosi noduli duri, spostabili, a volte mollicci frequenti specialmente nei cul di sacchi sinoviali superiori, in tutti identici alle placche di corazza del sarcocele sifilitico. Non si desta con la pressione dolore. Non si notano posizioni viziose dei capi articolari. I movimenti sono solamente limitati dalla tumefazione articolare. Dopo lungo tempo si possono stabilire atrofie muscolari, alterazioni ossee o cartilaginee. L'affezione se aggredita a tempo può completamente scomparire col trattamento specifico.

Osteo-artriti sifilitiche. — Per la più mono-articolari. Prendono di preferenza il ginocchio e in ordine di frequenza l'articolazione tibio-tarsica, sterno clavicolare, del gomito, dell'anca. Si stabiliscono in modo insidioso e sul decorso si possono distinguere tre fasi evolutive. Una prima fase caratterizzata da osteite e da dolori a tipo osteo-

copo con esacerbazioni notturne. Una fase di ipertrofia periostale delle epifisi che può invadere anche la diafisi. Questa ipertrofia è uniforme. All'esame radiologico si dimostra come un aumento in spessore della teca periostale, raramente accompagnata da rarefazione ossea. Si accompagna di regola a modica atrofia muscolare e a nessuna alterazione di posizione dei segmenti articolari.

Una terza fase di versamento articolare. La sinoviale non è mai ispessita, nè fa rilevare fungosità; è modicamente dolente alla pressione. Tutta l'articolazione duole ma spontaneamente e con esacerbazione notturna. Questi caratteri differenziano detta forma dall'osteo-artrite tubercolare, che si presenta con notevole limitazione dei movimenti per il vivo dolore esacerbantesi con i movimenti e le contratture muscolari; con l'atrofia notevole muscolare; con le epifisi affatto ingrossate; con la frequente presenza di atteggiamenti viziosi.

Osteo-condro-sinoviti sifilitiche. — Tutte le parti dell'articolazione ossa, cartilagine e sinoviale sono presi dal processo. Mentiscono più da vicino le affezioni tubercolari dell'articolazione. I noduli gommosi periarticolari possono rammollirsi e perforarsi nell'articolazione dando luogo a un versamento puriforme; o all'esterno portando alla formazione di fistole attraverso le quali si eliminano dei sequestri. I tessuti periarticolari sono infiltrati, edematosi, poco dolenti, con reticolo venoso sviluppato.

Le atrofie muscolari sono presenti ma non in grado notevole come nella tubercolosi. Se il trattamento è tardivo si ha per lo più esito in anchilosi. La diagnosi differenziale con la tubercolosi si basa più che altro sulle ricerche di laboratorio (esame del liquido endoarticolare, R. W., inoculazione alle cavie, ricerca dello spirocheta).

Altre forme numerose sono state descritte ma non a caratteristica clinica netta. Gli autori infine citano le forme acute di artriti sifilitiche simulanti completamente le artriti purulente, che si presentano per lo più nella sifilide tardiva e nella sifilide ereditaria, pèr prima descritte da Gaucher.

Il reumatismo cronico sifilitico. — Illustrato solamente in questi ultimi anni è ancora poco conosciuto nelle sue varie manifestazioni cliniche. Esiste una forma generalizzata in tutto simile al reumatismo cronico deformante dovuto a infezioni attenuate di altra natura. S'inizia di regola alle piccole articolazioni delle dita delle mani e dei piedi con dolori violenti a cui segue in secondo tempo la deformazione.

L'esame radiologico mostra la rarefazione delle epifisi articolari (reumatismo rarefacente e non iperostosante).

Il decorso è cronicissimo, di dieci, venti anni e procede a *poussées* di riacutizzazioni a volte accompagnate da versamenti articolari e da modica febbre. È proprio della sifilide tardiva o concezionale attenuata. Sovente vi si aggiunge la tara ereditaria che rende più difficile il rintracciare la natura etiologica. Clinicamente è impossibile differenziarlo dalle altre forme di reumatismo deformante generalizzato. È solamente la presenza di segni di infezione sifilitica che ne può fare sospettare la natura, unitamente al comparire di questa forma in una età relativamente giovane, e al decorso non continuo ma a *poussées*. Il trattamento antisifilitico fa scomparire in breve tempo i dolori. Agisce poco nelle deformazioni già stabilite.

Altre forme innumerevoli sono state descritte, alcune sistematiche per il modo di prendere le articolazioni; ma tutte queste non sono ancora ben conosciute.

Accanto a queste forme generalizzate gli autori citano delle forme localizzate a singole articolazioni. Più frequente tra queste il reumatismo cronico secco dell'anca accompagnato dalla formazione di osteofiti, da atrofie notevoli dei glutei, da deformità e immobilizzazione dei capi articolari. L'artrite secca del ginocchio più rara; le artriti localizzate delle vertebre (spondiliti croniche sifilitiche). Infine alcuni casi di spondilite rizomelica di origine sifilitica.

Accanto a queste forme gli autori mettono le artropatie deformanti proprie della sifilide ereditaria tardiva, caratterizzate dalla produzione di iperostesi e di osteofiti epifisarii periarticolari che portano ad una notevole deformazione della articolazione, e ad una limitazione dei movimenti, fino all'anchilosi. Sono mono-articolari e per ordine di frequenza prendono il gomito; nella percentuale di circa la metà il ginocchio, il polso. Più raramente altre articolazioni.

Gli autori concludendo ritengono che sebbene in molti casi la clinica permette di fare la diagnosi etiologica di artrite sifilitica, pure in numerose forme l'aspetto, il decorso delle alterazioni articolari non hanno nulla che le possa differenziare da altre artriti di natura diversa. In tal caso solo l'accurata anamnesi familiare e personale, unita alla ricerca clinica di altre manifestazioni luetiche od eredoluetiche e alle prove biologiche possono indirizzare ad una giusta diagnosi etiologica. In molti casi però spesso è solo il trattamento specifico di prova quello che dà la massima certezza della natura luetica dell'affezione articolare.

F. RICCARDI.

Alcune forme cliniche delle manifestazioni articolari nella sifilide tardiva.

(M. WEIL e P. BOURGEOIS. *La Presse médicale*, 25 aprile 1925).

Oltre le manifestazioni articolari della sifilide secondaria, terziaria ed ereditaria ormai ben note, ve ne sono alcune altre, non ancora sufficientemente studiate, che gli AA. si sono proposti di esaminare e sono queste: l'idartrosi sifilitica unilaterale, le artralgie della sifilide tardiva e le forme che accompagnano le alterazioni delle glandole vascolari sanguigne.

1) L'idartrosi sifilitica unilaterale, pur non essendo la forma più frequente d'idartrosi luetica che per lo più è bilaterale e simmetrica, non è però del tutto eccezionale; si localizza spesso all'articolazione del ginocchio, non provoca dolore, può durare a lungo ma guarire anche spontaneamente e ripresentarsi anche dopo molti anni nella stessa articolazione o in altre.

Se si immobilizza l'articolazione, pensando ad una forma t. b. c., si sarà poi meravigliati di non vederne risultare anchilosi nè totale nè parziale e questo fatto dovrà far modificare la primitiva diagnosi di t. b. c. e far propendere piuttosto per una forma luetica.

L'idartrosi è in alcuni casi la sola manifestazione rilevabile dell'infezione luetica, altre volte invece può associarsi a sintomi più o meno discreti della serie tabetica.

In ogni modo la coesistenza d'idartrosi, d'ipertensione arteriosa e di glicosuria costituisce una sindrome clinica che deve sempre far pensare alla sifilide ed incitare a ricercarla accuratamente.

L'esame del liquido estratto dall'articolazione malata e l'aspetto radiografico dell'articolazione stessa possono fornire delle preziose indicazioni: per quanto riguarda la citologia del liquido articolare non tutti sono concordi; alcuni hanno osservato la polinucleosi, altri la mononucleosi o la linfocitosi, ma queste differenze possono essere in relazione con differenti stadi evolutivi della lesione.

La reazione di Bordet-Wassermann è spesso positiva nel liquido articolare; la ricerca invece della spirochete nel liquido stesso non è ancora di facile applicazione.

In quese idartrosi, che si accompagnano con sintomi più o meno manifesti della serie tabetica, la radiografia fa notare alterazioni ben nette delle ossa (esostosi, iperostosi, ecc.) che danno all'epifisi un aspetto del tutto particolare.

2) Le artralgie sifilitiche non sono caratteristiche del solo periodo secondario della malattia ma possono presentarsi anche molto più tardivamente: sono dolori articolari diffusi, generalizzati, vaganti da una articolazione ad un'altra: non si accompagnano con febbre nè con complicazioni cardiache; soltanto la cura antiluetica può darne la guarigione definitiva.

Vi possono anche essere delle forme nelle quali l'artralgia invece di essere, come al solito, diffusa, è limitata ad una sola articolazione o ad un piccolo numero di articolazioni con lieve edema peri-articolare: la localizzazione delle manifestazioni dolorose può presentarsi in ogni articolazione.

Queste artralgie, se non curate, possono divenire il punto di partenza di un reumatismo cronico anchilosante.

3) Non sempre le lesioni articolari della sifilide sono dovute alla presenza « in situ » del germe patogeno, alcune volte invece non sono che il riflesso di alterazioni più o meno lontane.

Il sistema nervoso entra certamente in causa in diverse forme di sifilide articolare come lo dimostra la partecipazione al processo morboso di un numero spesso molto esteso di articolazioni, la frequente simmetria delle lesioni, l'attacco elettivo di gruppi articolari sinergici, l'esistenza di algie muscolari e nervose, ecc.

In altre forme di artralgie sifilitiche hanno una parte preponderante le glandole vascolari sanguigne come molti osservatori e gli stessi AA. hanno potuto dimostrare.

In ogni artrite o reumatismo articolare perciò che non abbia altre cause ben nette, è necessario ricercare minuziosamente la sifilide ed anche se tutte le ricerche sono negative, come spesso può avvenire, è doveroso tentare una cura antiluetica di prova; la prova terapeutica peraltro, specialmente quando si iniettano preparati arsenicali per via endovenosa, non può avere un valore assoluto nei riguardi della diagnosi perchè tali medicamenti possono anche agire per un altro meccanismo (colloidoclasia, ecc.); è certo in ogni modo che quando agiscono come agenti antisifilitici provocano la scomparsa totale e definitiva e spesso anche rapida dei dolori articolari.

V. MONTESANO.

La reazione antistafilolitica nelle forme larvate di osteomieliti ed artriti stafilomicotiche.

(ROSENBURG G. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 129, pagina 700, 1924).

Tra i metodi di indagine per la diagnosi differenziale di varî processi morbosi serve egregiamente l'esame del sangue. L'A. ha già insistito in un suo precedente lavoro sulla importanza diagnostica dell'aumento delle antilisine nelle infezioni stafilococciche, servendosi del metodo di

Braun e Homuth. Per la reazione, che non è difficile e che è stata eseguita 220 volte in 170 casi, occorrono le necessarie lisine, i sieri standart di controllo e alcuni cmc. di sangue del paziente. (Il metodo è basato sulla proprietà naturale del sangue di creare degli anticorpi. In questo caso verrebbero ad aumentarsi le antistafilolisine, sostanze cioè capaci di opporsi all'azione emolitica delle lisine stafilococciche. Si tratta di paragonare la diversa reazione tra sieri normali (standardizzati) e sieri di malati in esame). Nelle osteomieliti acute la reazione diviene positiva nell'8°-11° giorno. L'A. ha potuto osservare di recente tre casi di osteomielite ad andamento cronico: 1) dell'estremo superiore del femore destro; 2) dell'estremo inferiore del femore sinistro che presentavano oltre disturbi subiettivi ed obiettivi una reazione antistafilolisinica positiva, una discreta leucocitosi, modica febbre e una radiografia positiva per una lesione ossea. Ambedue i casi furono operati con successo; nel primo furono trovati presenti gli stafilococchi nelle granulazioni; nel secondo no, sebbene il reperto istologico parlasse indiscutibilmente per una lesione flogistica. In un terzo caso, non operato, tutto il complesso sintomatico e la reazione antistafilolisinica positiva parlavano per una lesione subacuta dell'osso.

La reazione rimane positiva non solo durante tutto il tempo della malattia, ma dopo parecchio tempo, per anni talora: tuttavia il risultato positivo della reazione non esclude la possibilità di una infezione mista, ma indica solo la prevalenza di una specie batterica. La intensità della reazione procede parallela alla gravità della infezione. L'A. ha trovato una reazione ASL. debolmente positiva in due casi di M. Schlatter, sulla patogenesi del quale divergono le opinioni e non permettono ancora una ipotesi univoca. Axhausen, tuttavia ha ammesso in malattie simili (morbo di Perthes e di Kohler) delle embolie batteriche delle epifisi rispettive, nelle quali pur non determinandosi quadri morbosi imponenti si assiste alla provocazione di necrosi asettiche subcondriche. Tuttavia la ricerca dell'aumento dell'antilisina in tre casi di morbo di Perthes riuscì negativa, ciò che non toglie come la reazione possa essere positiva nel periodo più acuto della malattia, sebbene contro questa ipotesi stia il fatto, in casi analoghi, della persistenza della reazione. D'altra parte bisogna considerare come appunto in questi casi si tratta di infezioni quanto mai attenuate. Per questo se nelle forme di osteomielite acute e croniche la reazione antistafilolisinica è positiva e convalida la diagnosi, l'esperienza dovrà insegnare se questo risultato si verifica costantemente.

E. MINGAZZINI.

Contributo alla patogenesi dell'artrite deformante postinfettiva.

(BONN. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 130, n. 3).

In numerosi esperimenti Axhausen è riuscito ad ottenere negli animali un'artrite deformante mediante la necrosi artificiale della cartilagine articolare per mezzo di aghi elettrolitici o di antisettici. Ma le alterazioni così ottenute non sono considerate come vere artriti deformanti da Pommer.

Riporta un caso clinico di un giovane in cui 11 mesi prima era stato estirpato un menisco del ginocchio per rottura cui seguì infiammazione dell'articolazione con presenza di stafilococco aureo. L'articolazione fu vuotata 3 volte ed iniettata con rivanolo, dopo un mese e mezzo l'infermo guarì. In seguito intervennero dolori per cui fu fatta la resezione trovando il seguente reperto: scarsa sinovia chiara, piccoli corpi rizoidei, iperemia della sinoviale. Nel condilo mediale della tibia mancanza del menisco, scomparsa della cartilagine articolare corrispondente e nel condilo mediale del femore. La rotula presentava delle erosioni. Furono prelevati dei pezzi del condilo mediale della tibia per l'esame istologico che diede: cartilagine fortemente assottigliata ed in qualche punto scomparsa; nel resto aveva uno spessore di circa 2 mm. ma aveva perdute tutte le sue cellule. La parte spugnosa subcondrica non era alterata nella vitalità ma presentava nella grande tuberosità una forte produzione cartilaginea con una parte ordinata in colonne vicino a lacune midollari e con ossificazione encondrale in modo da dare il quadro di una linea epifisaria d'un bambino. Sul condilo femorale fu trovata una membrana connettivale, una scarsezza di nuclei cartilaginei e qualche tentativo di disposizione a colonna della cartilagine intorno a vasi provenienti dall'epifisi.

Si trattava di un'artrite deformante intervenuta dopo l'estirpazione del menisco, ma non per essa poichè tutte le estirpazioni fatte asetticamente non sono seguite da tale alterazione, bensì per la infezione a cui si aggiunse forse l'azione necrotizzante dell'antisettico (rivanolo) come è stato dimostrato da Axhausen.

Non c'è alcun dubbio sulla esistenza di necrosi primitive della cartilagine nel senso di Axhausen: ad esse reagisce il midollo con una produzione di cartilagine ed una ossificazione encondrale. Non può spiegare se essa sia da interpretare nel senso della teoria meccanico-funzionale di Pommer o con quella rigenerativo-reattiva di Axhausen rappresentando il modo di sostituzione della necrosi.

In un altro caso già pubblicato di artrite defor-

mante dopo lussazione dell'anca essa era seguita ad una necrosi epifisaria.

Così che la teoria necrobiotica per l'artrite deformante è qualche cosa di più che una semplice ipotesi e le ricerche di Axhausen una applicazione nella patologia umana. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

I. LEVY-VALENSI. *Précis de Diagnostique Neurologique*. Paris, Masson, 1925.

Questo volume, per quanto non sia, come dice lo stesso autore, un manuale di neurologia, costituisce tuttavia una guida preziosa per tutti coloro che desiderano avviarsi allo studio delle malattie del sistema nervoso.

I problemi anche i più ardui, sono semplificati e ciascuna sindrome viene descritta nei caratteri più essenziali per la diagnosi.

L'A. non si addentra in discussioni patogenetiche dei sintomi, ma si limita a dare una esposizione semplice e precisa dei segni delle varie malattie e dei metodi per ricercarli, documentata da una quantità veramente notevole di figure, quale difficilmente può trovarsi nei trattati del genere.

Pur astenendosi di proposito da tutto ciò che è superfluo, egli riesce, a mezzo di semplici schemi, a dare una idea sempre chiara della sede e della estensione delle alterazioni anatomiche che stanno a base delle sindromi descritte.

Il volume è diviso in XXVIII capitoli, ciascuno dei quali raccoglie i quadri semejologici che hanno affinità fra loro, e che sfilano dinanzi agli occhi del lettore nitidi, rafforzati da una valutazione differenziale rigorosa e diligente e corredati dall'enumerazione degli opportuni mezzi di indagine.

La parte generale dell'opera, oltre i preliminari anatomici e patofisiologici delle vie motrici e sensitive, contiene i dati più importanti riferentisi all'esame neurologico, e precisamente quelli sulla motilità, sui riflessi, sulla sensibilità e sull'apparato della visione. Non mancano gli accenni ai più recenti mezzi di indagine, quali la puntura lombare e la reazione di Wassermann.

Nella parte speciale sono esposti, in sintesi efficace, i principali criteri clinici atti a riconoscere le varie sindromi morbose e a differenziarle l'una dall'altra. La trattazione di questa parte si inizia con la diagnosi del coma, cui fanno seguito la diagnosi dell'emiplegia, della paraplegia, degli stati di ipertonia generalizzata, delle sindromi cerebellari, della sindrome vestibolare, della tabe, delle amiotrofie, della poliomielite anteriore acuta, della polioencefalite, delle afasie, delle aprassie, della epilessia, dei tremori, delle coree, degli spasmi, della ipertensione intracranica, delle radicoliti, delle paralisi dei nervi spinali e cerebrali; delle nevralgie, dell'isteria, della demenza paralitica, di alcune sindromi simpatiche e dei disturbi delle ghiandole a secrezione interna.

Le parecchie migliaia di feriti di guerra esaminati dall'autore nei vari centri neurologici, hanno permesso all'Autore di dedurre nozioni interessanti anche per la diagnosi delle paralisi non traumatiche dei nervi.

È un trattato di 600 pagine, con 395 figure, scritto con stile facile, scorrevole, chiaro, che si legge con vivo interesse, senza ombra di stanchezza, così da rendersi indispensabile a qualsiasi studioso di malattie nervose.

Prof. G. MINGAZZINI.

LIVIO PRATI. *Sindromi acute e croniche del corpo striato*. Torino, Stabil. Lampografico, 1923.

Elaborata e succinta « mis-à point » dello stato delle questioni riguardanti i gangli striati della base.

Dopo aver espresso in poche pagine le ricerche anatomofisiologiche degli ultimi decenni l'A. si sofferma sulla « Clinica » delle lesioni dello striato molto più a lungo cercando, e felicemente riuscendo, di inquadrare in chiare formazioni le nozioni cliniche che i Neurologi moderni hanno saputo trarre ed ordinare dal centone dei movimenti automatici involontari, del tono muscolare, ecc. E poichè in tale lavorio gli Italiani non furono secondi ad alcuno, l'A. — e di ciò bisogna essergliene grati — mette in piena luce quanto al Luciani, al Mingazzini, al Golgi, ecc., la Neurologia deve anche nel campo dei nuclei optostriati. MONTELEONE.

ENTE NAZIONALE INDUSTRIE TURISTICHE. *I bagni della Venezia Tridentina*. Un op. di pagg. 52 con numerose vignette. Roma, 1925.

Questa artistica pubblicazione, eseguita a cura del prof. G. Ruata — l'attivissimo segretario dell'« Enit » — contiene una serie di indicazioni succinte ma preziose sulle stazioni idriche del Trentino, da quelle di fama internazionale, come Levico e Roncegno, alle meno note, dagli stabilimenti di lusso ai più modesti.

Il titolo non deve trarre in errore: il termine « bagni » vi è inteso in senso lato, cioè include anche le stazioni ove si pratica esclusivamente o prevalentemente la cura idropinica.

Si tratta di località tra le più pittoresche, favorite come poche dalla natura; segnalarle e contribuire a metterle in valore significa rendere un effettivo servizio ai medici, che v'instraderanno i pazienti bisognosi di cure e di svago tranquillo e di riposo; significa anche rendersi benemeriti del Paese. R. B.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La febbre dei tubercolosi.

Osserva M. Drelet (*Gazette des hôpitaux*, 1925, n. 38) che la febbre non è un sintomo necessario dell'infezione tubercolare. Vi sono forme, anche mortali, che rimangono sempre apiretiche; in altri casi, si hanno dei periodi più o meno lunghi di apiressia. Molto spesso apiretica è la tubercolosi del poppante, specialmente la forma generalizzata cronica, in cui, però, si hanno di tanto in tanto degli attacchi febbrili subitanei, e la elevazione termica finale, dovuta alla meningite od alla broncopolmonite. In altri casi, invece, la temperatura sale subito a 39°.40° e tale si mantiene sino alla fine.

Nei bambini più grandicelli, si ha di solito uno stato subfebbrile, con temperatura normale al mattino e che arriva a 38° la sera ed ascensioni termiche brusche irregolari notturne, donde il consiglio di prendere la temperatura anche durante la notte; in altri casi, si ha un tipo a grandi onde.

Nell'adulto, si deve distinguere la febbre dell'inizio da quella del periodo di stato. L'inizio può essere insidioso e la febbre, quindi, mancare del tutto: la diminuzione delle forze e la tosse sono allora i soli sintomi. Nella maggior parte dei casi, però, si ha la febbre transitoria ed effimera e per riconoscerla, è necessario prendere la temperatura quattro volte al giorno e continuare per dieci-quindici giorni. L'accesso può essere unico o doppio ed avere tutti i caratteri di un accesso intermittente, oppure si hanno grandi oscillazioni fra il mattino e la sera.

Nell'inizio brusco e quando vi sia un attacco evolutivo ciclico, la febbre ha i tre caratteri di essere ciclica, remittente (con scarti più o meno rilevanti fra il mattino e la sera) e con defervescenza lunga, senza arrivare mai all'ipotermia, come nelle malattie infettive acute; invece la temperatura si mantiene quasi costantemente fra 37° e 37°.5. Quando, passato il periodo dell'attacco evolutivo, il miglioramento continua, si ha un ritorno tardivo ma completo della temperatura alla norma; l'individuo conserva un certo stato di instabilità termica sotto l'influenza della fatica.

Si può anche citare la forma ondulante, con attacchi termici periodici, che recidivano in serie di durata ed intensità uguali (8-15 giorni) e separate da fasi di defervescenza di durata quasi simile a quella dell'attacco.

Nei tubercolosi con lesioni antiche ed accentuate, nella tisi cronica, la febbre prende il tipo etico, remittente irregolare; talvolta la curva febbrile tende a farsi piatta ed allora la prognosi è indubbiamente grave. In certi cavitarii, si possono avere dei periodi di apiressia da attribuirsi forse a fenomeni di immunità alternante.

Importante da mettersi in rilievo è l'instabilità termica dei tubercolosi i quali reagiscono con elevazioni anormali della temperatura agli atti fisiologici della vita; basta l'alimentazione, un'emozione, la discussione per aumentare la temperatura; una di tali reazioni febbrili di notevole importanza è la febbre premestruale. Dati interessanti diagnostici e pronostici si possono avere dalla prova di marcia a cui, però, non si deve attribuire eccessiva importanza, perchè può essere negativa in tubercolotici confermati e positiva in casi in cui la tubercolosi non è in causa.

Quanto alle leggere ipertermie, agli stati subfebbrili, sintomatici di infezioni larvate, bisogna tener presente che la tubercolosi può essere la causa frequente ma non unica. *fil.*

Un nuovo metodo per la diagnosi differenziale delle infiltrazioni polmonari.

E. Czyhlaz ed E. Pick (*Wien. klin. Woch.*, n. 20, maggio 1925) propongono a tale scopo di utilizzare la puntura del polmone, eseguita con una comune siringa Record munita di ago di media grossezza.

Allorquando, introdotto l'ago, si avverte la resistenza offerta dal tessuto polmonare infiltrato, si aspira un poco; estratto poi l'ago rapidamente, si depone sopra un vetrino la piccola quantità di succo ottenuta, e, fatto uno striscio, si colora col metodo May-Grünwald Giemsa.

Per evitare il pericolo di una embolia gassosa si pratica la puntura dopo aver preventivamente riempito l'ago di soluzione fisiologica. Il pericolo di una infezione pleurica sarà poi eliminato usando aghi di calibro non troppo grande.

I resultati microscopici così ottenuti possono essere schematizzati nel modo seguente:

1) Polmonite lobare: numerosi leucociti polinucleati, per lo più ben conservati, alcuni con nuclei tozzi e protoplasma con degenerazione vacuolare; cellule epiteliali scarse, in gran parte fortemente alterate; numerosi eritrociti. Nei preparati col Gram scarsi diplococchi.

2) Polmonite lobulare: reperto simile al precedente, ma con numero assai maggiore di leucociti alterati.

3) Polmonite caseosa: predominano le grosse cellule epiteliali con nucleo vescicoloso e massa

protoplasmatica ampia e delicata. Nucleo e protoplasma mostrano spesso vacuolizzazioni. Pochi linfociti, scarsi polinucleati, molti eritrociti.

4) Infarto polmonare: abbondanti eritrociti, scarsissimi leucociti, linfociti e cellule epiteliali.

5) Carcinoma bronchiale: talora quasi esclusivamente eritrociti moriformi e scarse cellule epitelioidi grosse, con nucleo irregolare; talora predominanti grosse cellule epitelioidi, in parte ammassate, scarsissimi leucociti, e molti eritrociti.

Da quanto precede si può dedurre che la diagnosi differenziale più importante offerta dal metodo è quella tra polmonite franca e polmonite caseosa, sì da portar luce nei casi in cui l'esame fisico del malato lascia nel dubbio.

Se verranno ripetute numerose ricerche, basandole sopra i principi suddetti, il metodo potrà senza dubbio arricchirsi di ulteriori e più precise acquisizioni. M. FABERI.

CASISTICA E TERAPIA.

La cefalea.

Una discussione all'Accademia Reale di Medicina dell'Irlanda, inaugurata da W. Wheeler e riferita in *Brit. Med. Journ.*, 3 genn. 1925, porta alle seguenti conclusioni.

La cefalea è un sintoma morboso di cui bisogna ben ricercare le cause, piuttosto che illudersi di aver compiuto il proprio dovere di medico, somministrando uno dei soliti antinevralgici.

Spesso si tratterà di un sintoma precoce di una ipertensione e di un'affezione renale cronica, ed allora sarà indicato il sanguisugio alle tempie o il salasso.

Una cefalea ostinata dovrà far pensare al tumore cerebrale, consigliando un diligente esame oftalmoscopico. Così pure si dovrà por mente alla sifilide cerebrale e alla meningite, nel qual caso sarà di grande ausilio diagnostico l'esame del liquor.

Altre volte sarà in causa la tabe dorsale, o una suppurazione dei seni nasali, o un vizio di rifrazione dell'occhio, o una intossicazione cronica da dispepsia gastro-intestinale, o un'anemia. In certi casi, infine, la causa sfugge.

Dal punto di vista chirurgico vi possono essere cefalee in relazione a traumi cranici, come pure a malformazioni craniche, le quali ultime sarebbero caratterizzate dalla sede del dolore nella porzione anteriore del capo, e dall'influenza sopra esse esercitata dalle variazioni della tensione endocraniale e dai disturbi circolatori.

Nel campo psichiatrico troviamo alcune cefalee vere; altre del tipo delle parestesie, prodotte da meccanismi analoghi a quelli che generano le forme precedenti; ed altre a tipo indefinito, ma a carattere prettamente psicopatico, e descritte dagli infermi quali sensazioni speciali, rappresentate spesso come da una stazione eretta a capo in giù. Questo gruppo naturalmente è dovuto ad autosuggestione, e in esso rientrano anche tutte le varie cefalee dei neurastenici.

Degna di menzione è la possibilità che la cefalea sia connessa a malattia dei denti, originandosi allora per azione tossica o per azione riflessa. M. FABERI.

L'azione dell'atropina sull'ipertonia postencefalitica.

Radovici (*La Presse Médicale*, n. 34, 29 apr. 1925) osserva che le ricerche di Boer, di Pekelharing e Hoogenhuyze, di Riesser hanno dimostrato che il tono muscolare è retto dal sistema nervoso vegetativo, restando compito delle cellule motrici delle corna anteriori la contrazione clonica del muscolo; Krank arriva alla conclusione che il tono è sotto la dipendenza della funzione antagonistica del sistema nervoso autonomo; successive esperienze farmacodinamiche con l'adrenalina, il cloruro di calcio, l'atropina, l'eserina hanno permesso a Danielopulo, Radovici e Carniol di stabilire che il muscolo volontario ha un'innervazione vegetativa duplice e che il gruppo parasimpatico aumenta il tono, mentre il simpatico inibisce tale funzione. Come corollario di questa enunciazione deriva che ogni medicazione contro l'ipertonia deve anzitutto avere un'azione inibitrice sul parasimpatico.

Lo studio di numerosi casi di encefalite ha dato all'A. la convinzione che i disturbi motori osservabili in questa malattia (tremori, mioclonie, movimenti coreiformi, spasmi, rigidità, ecc.) siano la espressione di un perturbamento per esagerazione della funzione tonica dei muscoli: una vasta esperienza gli permette di affermare che l'atropina influenza favorevolmente e nettamente tali disturbi giacchè agendo per inibizione parasimpatica diminuisce l'iperfunzione del tono muscolare. Identici risultati hanno ottenuto in Francia e fuori vari altri AA. Non si può parlare di guarigione, ma è un trattamento sintomatico che può produrre un miglioramento duraturo e l'azione del medicamento si manifesta in modo speciale sulla rigidità e sul tremore.

Il medicamento è stato somministrato per os, per iniezione intravenosa e sottocutanea. Per iniezione viene usata la soluzione di 0.01 ctgr. in 10 cmc. di acqua, per la somministrazione per os da 3 a 6 cucchiaini da caffè della soluzione di 0.01 ctgr. per 150 gr. di acqua. Dose massima usata 2 mmgr. pro die

Non si è mai avuto a deplorare alcun accidente, la tachicardia atropinica è passeggera, il miglioramento della motilità appare circa mezz'ora dopo la somministrazione del medicamento, l'effetto aumenta nelle ore successive e lo si ritrova ancora l'indomani, quando la somministrazione della nuova dose di atropina non fa che accrescere l'effetto favorevole. A. PALLADINI

Il salicilato di sodio nell'encefalite epidemica.

A Coucoux e P. Meignant (*Le Bulletin médical*, 1925, n. 2) osservano che il salicilato di sodio, sebbene non possa certamente considerarsi come specifico, è il rimedio che dà la massima percentuale di risultati favorevoli, almeno negli episodi acuti della encefalite.

Come via per l'introduzione, gli AA. hanno tentato senza vantaggio quella endorachidea; quella boccale sembra inefficace; qualche risultato soddisfacente si cita con quella rettale. Il metodo di scelta sembra essere l'iniezione endovenosa; gli AA. però hanno utilizzato con successo le iniezioni endomuscolari che riescono un po' dolorose per la quantità della soluzione che va iniettata.

Si deve usare un salicilato di sodio perfettamente purificato per successive ricristallizzazioni, che dia soluzioni limpide, incolore, neutre al tornasole, che non diano con acido solforico nessuna effervescenza. La soluzione deve essere preparata di recente in diluizioni da 4 a 10 %. La dose quotidiana ottima sarebbe di 4-5 grammi; il trattamento va continuato a lungo. *fil.*

Sull'avvenire degli spasmofili.

La maggior parte degli autori ritiene che la spasmofilia sia uno stato morboso proprio della prima infanzia e che in seguito cessi senza lasciare nessun reliquato. Altri autori, invece, ritengono che, più o meno eccezionalmente, lo stato morboso possa prolungarsi al 5°-8° anno od anche all'età adulta, mentre qualche altro pensa che gli spasmofili possano diventare epilettici.

R. Dardani (*La Pediatria*, 15 genn. 1925) ha compiuto delle ricerche su 20 bambini, già spasmofili, riveduti dopo un periodo di tempo variabile da 3 a 10 anni. Nessuno di tali bambini è diventato epilettico, nemmeno in forma larvata. Nel 65 % si sono manifestati segni psico-neuropatici e cioè: in 2 casi, deficienza psichica, *pavor nocturnus;* in 1 caso isterismo conclamato associato a deficienza psichica e *pavor;* in 6 casi, ipereccitabilità e nervosismo mal definito, con segno di Chwostek presente in 3 casi, associati con deficienza fisica, in 2 *pavor*, in 1 enuresi; in 6 casi *pavor nocturnus*, in 2 strabismo, in 1 enuresi. Anche per questi, però, non si può direttamente incolpare la spasmofilia di per sè. Nei bambini osservati, si aveva nel 30.5 % deficienza fisica e nell'80 % note manifeste di linfatismo; ipertrofie ghiandolari al collo, alle ascelle ed agli inguini, tonsille ipertrofiche, facies adenoidea. *fil.*

Spasmofilia e nevralgia del trigemino.

J. Ratner (*Münchn, med. Wochenschr.*, n. 25, 1925) osservò 4 casi di nevralgie del trigemino associate a sintomi di spasmofilia latente. In questi casi la somministrazione di preparati paratiroidei determinò la scomparsa dei sintomi di ipereccitabilità tranne il sintomo di Chwostek e la scomparsa delle nevralgie. POLL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'armatura elastica normale e le alterazioni istopatologiche dei bronchi cartilaginei.

M. Letulle (*Presse Médicale*, 30 agosto 1924), dopo una accurata descrizione dell'armatura elastica normale dei bronchi cartilaginei composta da fibre elastiche parallele all'asse dei bronchi che decorrono nella sottomucosa (limitante elastica interna), da fibre elastiche perpendicolari all'asse dei bronchi che rivestono le ghiandole a grappolo, i muscoli di Reisessen e i noduli linfatici, i blocchi cartilaginei (fasci intermediari di connessione), da fibre elastiche ancora parallele all'asse dei bronchi che decorrono sotto la corticale bronchiale (limitante elastica esterna), passa in rassegna le diverse alterazioni a cui tutto il sistema va soggetto nelle diverse malattie acute e croniche dei polmoni.

Nella forma acuta le alterazioni sono nulle, dato che le lesioni interessano solo la mucosa e al massimo la sottomucosa. Notevoli invece sono le alterazioni di questa nelle malattie croniche polmonari (tubercolosi e sifilide).

Nella tubercolosi le lesioni sono per lo più localizzate attorno alla ulcerazione che avviene quasi sempre per rottura di noduli caseosi peribronchiali nel lume dei bronchi.

Più notevoli invece sono le alterazioni nella sifilide. Questa predilige in particolar modo i medi bronchi. Si rilevano nelle pareti di questi noduli gommosi miliarici composti di linfociti e plasmacellule. Attorno a questi una notevole alterazione dell'armatura elastica consistente il più spesso in una atrofia di tutte le fibre elastiche (limitanti interne ed esterne, fibre elastiche di connessione) che sono sostituite da tessuti cicatriziali, sclerotici, vascolari, e che porta

di conseguenza alla formazione di bronchiectasie ampollari; più raramente in una notevole ipertrofia del sistema elastico. Dette alterazioni dell'armatura sono così caratteristiche che impongono da sole la diagnosi etiologica.

F. RICCARDI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Tecnica dello sfigmomanometro. — Al dott. A. Capua, di Reggio Calabria:

Nello sfigmomanometro di Riva-Rocci deve essere messo mercurio fino a che il menisco convesso viene a corrispondere esattamente con la sua sommità allo zero della scala.

MELDOLESI.

Istituti bibliografici. — Al dott. C. T.:

Può rivolgersi all'« Institut international de Bibliographie médicale », 26, rue de Candolle, Genève (Svizzera). Abbiamo dato altre volte elenchi d'Istituti bibliografici (vedi 1923, p. 1371).

P.

All'abb. n. 1733, Biancavilla (Catania):

Consigliamo il libro del Gallavardin, *La tension artérielle en clinique* (editore Masson, Parigi, prezzo 30 franchi) dove gli argomenti riguardanti la pressione arteriosa sono trattati in modo chiarissimo e completo. MELDOLESI.

VARIA.

Contributi di medici alle scienze estranee alla medicina.

Sono moltissimi i medici che, in tutti i tempi, hanno esulato dalla medicina e compiuto studi e conquiste scientifiche in altri campi.

Alcuni di essi hanno raggiunto i più alti fastigi della scienza; i contributi da essi recati ai progressi del sapere sono fondamentali.

Ricordiamo tra questi sommi: Nicolò Copernico, il quale sostituì definitivamente la concezione eliocentrica o copernicana a quella geocentrica del sistema planetario; Tomaso Young, il quale formulò la teoria ondulatoria della luce, ormai generalmente accettata dai fisici; fu pure lo Young a interpretare il mistero dei geroglifici egiziani, sulla celebre stela di Rosetta; E. L. Helmholtz, al quale le scienze fisiche devono la legge della conservazione dell'energia ed i fondamenti della fisica chimica, nonchè quasi tutta l'ottica fisiologica, la teoria dei colori, la spettroscopia, la legge del tempo nei fenomeni nervosi; Carlo Linneo, il fondatore della botanica moderna, cui le scienze naturali vanno anche debitrici della nomenclatura binomia e delle prime classificazioni scientifiche; Niel Steno (Stenonius), lo scopritore del dotto parotideo, del dotto incisivo, delle venae vorticosae, ecc., fu anche un pioniere nella mineralogia; W. H. Wollaston inventò il goniometro a riflessione, e scoprì due elementi, il rhodium e il palladium; Francesco Redi dimostrò l'insussistenza della generazione spontanea e stabilì la legge « omne vivum e vivo »; Battista Grassi ha scoperto la partenogenesi continuativa della fillossera ed ha svelato il mistero della vita delle anguille; ecc.

Viceversa, la medicina deve notevolissimi progressi a studiosi estranei alla medicina. Basti per tutti ricordare Luigi Pasteur, il quale era un chimico; ed il suo precursore, Agostino Bassi, il quale era un legale!

R. B.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LVII. — Limiti del potere di revoca dei concorsi.

L'amministrazione provinciale di Napoli indisse un concorso ma poi lo revocò per dissidi sorti fra i membri della Commissione giudicatrice.

Contro questo provvedimento ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, per vari motivi, il prof. dott. Eugenio Lapegna. La V sezione, con decisione 6 febbraio 1925, n. 75, ha annullato la deliberazione del Consiglio provinciale di Napoli per considerazioni che è utile segnalare.

Non si può ammettere che, una volta indetto un concorso, l'amministrazione pubblica possa, senz'altro, revocarlo. Nessuna disposizione stabilisce positivamente siffatta facoltà: dall'art. 303 del T. U. della legge comunale e provinciale, si può soltanto desumere, genericamente, che si può dare il caso di deliberazioni legittimamente revocabili, sebbene divenute esecutive: ma nulla più. Nè la facoltà suddetta, nella sua formula assoluta, meglio si giustificherebbe con riferimento ai caratteri teorici dell'atto amministrativo, perchè, sebbene sia caratteristica normale di esso la revocabilità, pure questa norma non si può intendere in senso assoluto e senza distinzioni. Se così non fosse, mai si potrebbe parlare di diritti dei pubblici impiegati verso le amministrazioni dalle quali essi dipendono. Nè si obbietti che la tutela dei diritti di fronte ai provvedimenti di revoca consisterebbe pur sempre nel risarcimento dei danni. Invero, da ciò stesso sarebbe da indurre, almeno in determinati casi, la illegalità della revoca; mentre poi, con la istituzione dei Tribunali della giustizia amministrativa, si rende possibile l'annullamento dell'atto amministrativo e non pel solo motivo della formale violazione di legge.

« Non si può consentire che sussista, in maniera assoluta, la facoltà nell'amministrazione, la quale un concorso indiceva, di decretarne la revoca. Nè per ammettere ciò è d'uopo identificare la posizione dell'ente pubblico che bandisce un concorso con quella di chi proceda ad un'*offerta al pubblico* nel senso del diritto privato. Invero sta per diritto positivo che il sindacato dei Tribunali amministrativi ha luogo anche per vizio di eccesso di potere ».

Posti questi criteri la decisione ha considerato che il dissenso tra alcuni membri della Commissione avrebbe potuto se mai determinare la necessità della sostituzione di uno o più di essi; ma in nessun caso si giustificava la revoca del concorso. « Il quale per di più non poteva non bandirsi; dappoichè il conferimento del posto del quale trattavasi non può aver luogo, per volontà di legge, se non in base a concorso (art. 19, comma 1°, R. D. 16 agosto 1909, n. 615) ».

Questa decisione applica, in sostanza, ad un caso speciale una norma costantemente ammessa dalla giurisprudenza del Consiglio di Stato. Il principio direttivo si può formulare così: per effetto dell'avviso del concorso e specialmente poi per effetto dell'ammissione dei concorrenti al concorso si costituisce fra questi e l'amministrazione un rapporto di diritto pubblico, dal quale sorge l'obbligo di compiere il procedimento al fine dello espletamento del concorso e della nomina, salve *legittime cause* di annullamento o di revoca.

LVIII. — Concorsi per ufficiale sanitario.

Non ha interesse giuridico di ricorrere contro l'avviso del concorso il concorrente che lamenta essere stato stabilito per il posto (nella specie, ufficiale sanitario), uno stipendio maggiore di quello legale.

È legittima la nomina della Commissione giudicatrice del concorso per ufficiale sanitario fatta dalla Giunta Provinciale Sanitaria, presieduta dal Prefetto (decreto Luog. 31 dicembre 1915 n. 1916 art. 6) anzichè del Consiglio Provinciale Sanitario, non potendosi sindacare l'apprezzamento sia pure implicito del Prefetto circa l'urgenza di provvedere sul caso concreto e su altri contemplati in una medesima deliberazione della G. P. A. per la nomina della Commissione giudicatrice (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 30 gennaio 1925, n. 175).

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Decadenza di libere docenze.

Il Ministro della P. I. ha diramato la seguente circolare n. 10 ai rettori delle Università ed ai direttori di Istituti superiori:

L'art. 46, 1° comma, del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, stabilisce: « Il libero docente decade dall'abilitazione se per cinque anni consecutivi non abbia esercitato l'insegnamento senza legittimo impedimento. La decadenza viene dichiarata con decreto del Ministro su rapporto del Rettore o Direttore, udite le deduzioni dell'interessato ».

L'art. 42, 1° comma, del decreto citato dichiara: « La libera docenza può essere esercitata presso qualsiasi Università, Istituto superiore che abbia una Facoltà o Scuola con i cui insegnamenti sia connessa la materia che il libero docente è abilitato ad insegnare ».

Date queste disposizioni è stato proposto il quesito in qual modo il Rettore o Direttore possa far luogo all'applicazione dell'art. 46, proponendo la dichiarazione di decadenza dal privato insegnamento, dal momento che i liberi docenti, con la facoltà di trasferire all'inizio di ciascun anno scolastico la loro abilitazione da una ad altra Università o Istituto, sfuggono al controllo dell'Autorità Accademica per quanto si attiene al quinquennio obbligatorio per l'esercizio della docenza.

La risposta a tale quesito è data dall'art. 56 del Regolamento Generale Universitario vigente, il quale stabilisce che il Consiglio della Scuola debba accertare, al principio dell'anno scolastico, se il libero docente che presenta il programma sia decaduto dall'abilitazione.

Con questa disposizione è demandato al Consiglio della Facoltà o della Scuola l'accertamento se il libero docente che ha presentato il programma sia incorso nel termine di decadenza di cui all'art. 46 del decreto su accennato.

Tale accertamento, si ritiene possa farsi, richiedendo al libero docente la presentazione di certificati rilasciati dalle Autorità Accademiche delle Università od Istituti in cui egli abbia insegnato, i quali attestino dell'effettivo esercizio della docenza durante l'ultimo quinquennio.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

È fissato per i giorni 17-19 ottobre. Comunicare i temi, le proposte e le conclusioni al presidente dell'A. N. M. C. (S. N. F. M. C.), segretario generale del Direttorio Centrale, dott. Achille Vacino, Pezzana Vercellese (Novara).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAGNATINA (*Bergamo*). — Consor., per 500 pov.; ab. 4500; L. 6000 e addiz. L. 2 per ogni iscritto; addiz. L. 5 per iscritti alla sola A. M. C.; c.-v.; L. 500 ambul.; trasp. L. 500, 1000, 2000 a seconda del mezzo. Scad. 31 luglio.

BELFORTE SUL CHIENTI (*Macerata*). — A ore 18.30 del 10 ag.; L. 9000 oltre due c.-v. diminuiti di L. 780; per uff. san. L. 600; per trasp. L. 2500 se cavallo od automezzo proprio, altrim. L. 700. Ab. 2000 circa di cui 600 circa agglomerati. Tassa conc. L. 50.10.

CINGOLI (*Macerata*). — Quattro condotte residenziali di cui una chirurgica primaria con stip. iniz. di L. 10,000, e 3 medico-chirur. rurali con stip. iniz. di L. 8000 e indenn. trasp. in L. 500, 2000 ovvero 2500 secondo che si faccia uso di bicicl., di motocicl. o di cavallo od automob.; per tutte le condotte 3 quadrienni decimo e 2 c.-v.

COLLESANO (*Palermo*). — Scad. 31 lug. Per Scillato. L. 8250, oltre L. 2000 cav.

DEGO (*Genova*). Scad. 13 ag.; Kmq. 34 (di cui 12 in piano e 22 in collina); ab. 2325; pov. 960; stip. residenziale L. 8400; addizionale L. 500; mezzo trasp. L. 300; uff. san. L. 500. Farmacia; ferrovia; ecc.

DONADA (*Rovigo*). — Scad. 31 lug.; L. 10.000 oltre doppio c.-v., indenn. mezzo trasp. e L. 400 uff. san.

LASTRA A SIGNA (*Firenze*). — A tutto 31 lug., 4ª cond.; L. 6000 e 8 trienni dec.; cavalc. lire 3000; c.-v.; Kmq. 13.4, di cui 11.4 in collina; ab. 2493 di cui 1683 sparsi; inscritti 500. Docum. a 3 mesi. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. Residenza a Borgata Ginestra.

LUCOLI (*Aquila*). A tutto il 9 ag.; età lim. 40 a. Chiedere annunzio. L. 9500 per 500 pov., addiz. L. 5 oltre e fino a 1000, L. 3 oltre 1000 (poveri iscritti 1548); per trasp. L. 3000; se uff. san. L. 500. Accettaz. entro 5 gg.; serv. entro un mese. Tassa L. 50.10 alla Tesoreria com.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore, assistito dallo stip. di L. 7600 oltre partecipazione all'eventuale utile cure ambulatorie prestate ai solventi. Istanza all'Ufficio di Protocollo del Consiglio (via Ospedale 5) non più tardi delle ore 16 del 10 ottobre. Tassa L. 50 al Cassiere. Età lim. 40 a. Docum. a un mese dal 4 luglio. Pubblicazioni e curriculum vitae in 5 esemplari. Quattro prove di esami. Chiedere annunzio.

PADOVA. *Spedale Civile.* — È revocato il concorso a medico primario dei reparti tubercolosi.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — Proroga, a tutto il 31 ag. incluso, del conc. alla 3ª condotta del forese.

POTENZA PICENA (*Macerata*). — Due cond.; a tutto il 31 lug. Vedi fasc. 28.

PROVAGLIO SOPRA (*Brescia*). — Consor. con Provaglio Sotto; montagna; ab. 860 di cui 50 nell'el.; L. 12,000 e 6 aum. decimo; c.-v.; L. 500 uff. san. Scad. 31 luglio.

RAVELLO (*Salerno*). — Scad. 7 ag.; L. 7000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Al 20 ag., 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cav.; c.-v. L. 1200 se famiglia, L. 600 se celibe; assicur. Tassa L. 50.10 al Cassiere com. Docum. a 6 mesi. Serv. entro 20 gg.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Il concorso a sei posti di allievo ispettore in prova, fra laureati in medicina e chirurgia, per le Ferrovie dello Stato, è prorogato al 10 agosto.

S. CANZIAN D'ISONZO (*Trieste*). — A tutto 10 ag., consor. con Turriaco; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. L. 8000 per 1000 pov., L. 900 indenn. malaria, c.-v., indenn. trasp. Serv. entro 15 gg. Certif. pen. a 3 mesi.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17, cond.; per informazioni rivolgersi Segreteria.

VERONA. *Ospizio Esposti della Provincia.* — Medico aggiunto; L. 8000 e c.-v., dedotte L. 65 mensili. Docum. al Protocollo entro le ore 12 del 31 lug. Età mass. 35 a. Tassa L. 50.05 al Tesoriere. Nomina annua, conferme biennali. Serv. entro 15 giorni. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per la cattedra di fisiologia presso la R. Università di Cagliari la Commissione della Facoltà ha proposto: Camis Mario, Clementi Antonino, Gayda Tullio; la Commissione giudicatrice ministeriale ha designato: 1) Camis, 2) Gayda.

La Società Medico-Chirurgica della Romagna ha conferito al prof. Alberico Testi il titolo di presidente onorario *ad vitam*.

Il prof. Antonio Gasbarrini di Patologia medica nell'Università di Siena, con recentissimo provvedimento ministeriale è stato trasferito alla cattedra della stessa disciplina nell'Università di Bologna.

NOTIZIE DIVERSE.

Nella Croce Rossa Italiana.

Il sen. Giovanni Ciraolo lascia la Presidenza della Croce Rossa Italiana e può dire di aver compiuto nobilmente una difficile e faticosa giornata.

Chi ha seguito questa grande Associazione ne sa il recentissimo sviluppo.

Prima della guerra europea essa aveva avuto una iniziativa di assistenza sanitaria sociale con l'organizzazione della cura alle popolazioni rurali travagliate dalla malaria, cominciata nella campagna romana per iniziativa di Celli e Postempsky ed estesa in molte parti della Sicilia per opera di Trambusti. Durante la guerra le Unità mobilitate e quelle territoriali della Croce Rossa vennero a porsi in fila dietro quelle della Sanità Militare, portando alla guerra il concorso disciplinato e cosciente delle volontà, mobilitate intorno ad un programma di pietà per l'uomo sofferente.

Dopo Caporetto l'Associazione organizzò l'invio di soccorsi ai nostri prigionieri in Austria. Andò a cercarvi con i suoi treni ed il suo personale i grandi mutilati ed i tubercolotici per riportare in patria e nel seno della famiglia questi superstiti di un'eroica gesta. Organizzò Sanatorî e fece Colonie estive per i figli dei richiamati, raccogliendo sussidi ed offerte volontarie. Può darsi che non tutte le opere fossero perfette, che non tutte le volontà fossero disciplinate ed operose. Chi guarda ora da lontano non vede le mende e non può attardarsi in critiche, ma osserva il blocco degli aiuti dati ai sofferenti e lo trova ammirevole.

Lo sforzo fu duro come quello che fece tutta l'Italia e la Croce Rossa ne uscì prostrata: il patrimonio in disordine, passività da pagare, brandelli di materiale ritirato a stento dalla guerra, personale stanco e mormorante, una tradizione di Sanatorî e di Colonie estive per fanciulli già formata ma con scarsi fondi per conservarla. Ed intanto la Croce Rossa aveva parlato alle popolazioni di lotta antitubercolare, aveva preconizzato metodi di assistenza già comuni nelle altre nazioni, sicchè si rivolgevano a lei con fiducia molte istituzioni nate nell'ultimo anno di guerra o dopo questa, che non trovavano modo di vivere da sole.

Questa situazione mista di mali e di bene fu assunta coraggiosamente dal nuovo presidente nel 1919 e subito dopo dovette far fronte ad una grande necessità umana e patriottica insieme che forma gloria della Croce Rossa Italiana: il vettovagliamento delle donne e dei bambini di Fiume durante le storiche vicende. Ed insieme essa accoglieva in Colonie i fanciulli dell'Austria, travagliati dalla carestia nel duro inverno del 1920, ed i fanciulli del Veneto, che ancora doloravano per le conseguenze dell'invasione nemica. Dovette far fronte alla ribellione nei suoi Sanatorî antitubercolari per opera di elementi torbidi e vi riuscì col suo solo prestigio, senza chiedere l'aiuto della forza, persuadendo gli infermi che era nel loro inte-

resse restar disciplinati al medico piuttosto che trasformare il luogo di cura in luogo di comizi.

A sei anni di distanza la Croce Rossa Italiana è completamente riordinata. I suoi ultimi bilanci portano un patrimonio di cento milioni già censito, un movimento annuo di capitali di quindici milioni. Il suo materiale mobile di soccorso è completamente ricostituito. Il personale è pacifico e fiducioso. I suoi Sanatorî antitubercolari sono fra i migliori e dànno alla lotta antitubercolare un apporto di seicento nuovi letti. Le sue Colonie permanenti e gli altri Istituti per figli di tubercolotici hanno cinquecento letti; nelle Colonie temporanee sono stati accolti durante il 1924 circa 7500 fanciulli. I servizi antimalarici assistono ogni anno centomila persone. La creazione di infermiere, i servizi medico-scolastici per le campagne ecc. costituiscono un complesso di mirabili iniziative, spesso all'avanguardia di nuovi sistemi di assistenza sociale e formano organizzazioni che offrono largo campo di studio e di esperienza per realizzazioni ulteriori.

Queste opere egregie onorano l'uomo che le comprese, le ha favorite ed ha messo a loro servizio tutte le sue facoltà. A questa attività multiforme egli ha aggiunto una larga azione all'estero per cui la Croce Rossa Italiana conta oramai fra le prime del mondo. Ha fatto di più, perchè ha legato il nome suo e quello dell'Associazione che ha presieduto all'Unione Internazionale del soccorso, grande idea, la quale, poichè il dolore e le calamità sono un patrimonio dell'uomo, tende a preordinare i mezzi e l'organizzazione per accorrere là dove un'epidemia o un cataclisma si scatenano. Questa, che è oramai una realizzazione già accolta dalla Società delle Nazioni, dovrebbe restare un'idea italiana. Già una volta l'idea della neutralità del ferito in guerra sorta nella mente di un italiano — Ferdinando Palasciano — fu abbandonata dall'Italia e, caldeggiata dalla Francia e dal ginevrino Dunant, divenne la Croce Rossa. Bisogna che noi non ripetiamo l'errore.

Una lunga tappa ha compiuto la Croce Rossa Italiana sotto la guida del sen. Ciraolo ed il suo successore potrà trovare in essa un ottimo strumento per migliori fortune affrettando quella mobilitazione delle buone volontà che sola può rendere possibile l'assistenza sanitaria sociale.

A. I.

Conferenza del prof. Alessandri.

Il giorno 15 corrente, nella Sede dell'Ordine dei Medici di Roma, ha avuto luogo un'altra importante conferenza per la illustrazione di interessanti ed attuali temi di medicina e chirurgia, tenuta dall'illustre prof. Roberto Alessandri.

Il conferenziere ha rivendicato alla chirurgia il merito di aver chiarito il problema diagnostico della « tubercolosi dell'apparato urinario »; si è intrattenuto in particolare sulla anatomia patologica e sulla patogenesi e ha fatto una chiara e sintetica esposizione dell'inizio e del progresso della malattia.

Dalle statistiche di vari autori e dal materiale raccolto nella sua Clinica trae argomento di prova della grande frequenza della lesione e dimostra come assai spesso può riconoscersi in tempo l'inizio del male e praticarsi utilmente la adatta terapia.

Ha richiamato perciò l'attenzione dei medici su i segni che possono aver valore per sospettare il male ad inizio subdolo e per analizzarli onde istituire una diagnosi precoce ed esatta e ne ha fatta una lucida esposizione critica per porre in rilievo i segni e le prove di laboratorio più importanti.

L'illustre clinico ha chiuso l'importante conferenza accennando ai migliori precetti da seguire nella terapia basandosi sulla sua peculiare esperienza e sull'opinione dei più noti scienziati.

Per le Cliniche di Sassari.

Discutendosi al Senato il bilancio della P. I., il sen. Garavetti pronunziò un fervido discorso a difesa dell'Università di Sassari, di cui ricordò le dolorose vicende. A lui si associò il sen. Berenini, che rilevò il danno derivante agli studi dalla incompiutezza degli edifizi destinati all'insegnamento, sopratutto delle Cliniche. Il ministro Fedele rispose di avere già pregato il Ministro delle Finanze perchè tenga presenti le condizioni dell'Università di Sassari; egli si è anche rivolto al Ministro dei LL. PP. perchè, in occasione dei lavori che si dovranno compiere nella Sardegna, veda se una parte delle somme destinate alle opere pubbliche non possa essere assegnata agli edifizi universitari di Sassari. Quanto alla questione sollevata dall'on. Berenini, per dimostrare la buona volontà del Governo ricorda le ingenti somme assegnate alle Università di Pavia, di Torino e di Padova. Di mano in mano che i bisogni si fanno più gravi e manifesti, il Governo cerca di accontentarli. Il sen. Berenini può essere certo che il problema sarà attentamente seguito e studiato.

In onore del prof. A. Testi.

Il 12 giugno venne festeggiato con solennità a Faenza il prof. Alberico Testi, apprezzatissimo primario di quell'Ospedale Civile, in occasione della sua andata a riposo dopo 35 anni di vita ospitaliera. Venne scoperto un busto in bronzo, offerto dalla cittadinanza, opera dello scultore Drei, recante l'epigrafe: « A Testi prof. comm. Alberico - Faenza riconoscente - 1925 »; venne offerta al festeggiato una pergamena con la nomina a primario emerito; il personale gli presentò, a ricordo, tre artistiche ceramiche, e le suore un servizio in argento per scrittoio. Furono tenuti vari discorsi, cui rispose il Testi ringraziando.

Nella stessa giornata questi indirizzava all'amministrazione dell'Ospedale una lettera, con cui offriva la somma di 200,000 lire, per accrescere la dotazione dell'Istituto.

ANNO XXXII Roma, 3 Agosto 1925 Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

Risultati di taluni recenti metodi di cura della malaria (1).

Prof. VITTORIO ASCOLI,
direttore della Clinica Medica di Roma.

Una seduta, dedicata alla malaria, e specialmente alla cura di essa, era un progetto con cui desideravo chiudere la mia missione di Presidente dell'Accademia. Si è dovuta rimandare per la malattia del nostro compianto socio Gaglio, il quale teneva moltissimo a prendere parte alla riunione in pro della chinina. Faccio questa evocazione non soltanto per inviare alla Sua memoria il nostro compianto e il nostro saluto, ma per lamentare che manchi nella discussione che stiamo per intraprendere la voce che sola poteva parlare autorevolmente della parte chimica e biologica della chinina. Su tali argomenti Gaglio, negli ultimi anni, aveva fatto studi profondi e ne ha dato saggio nel corso tenuto quest'estate ai medici argentini.

(1) Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Roma nella seduta del 25 aprile 1925.

Noi ci sentiamo onorati di mettere la nostra seduta sotto l'egida del nome di Gaglio.

Col titolo della mia comunicazione « risultati di alcuni recenti metodi di cura della malaria », esprimo già l'intenzione di non occuparmi del modo d'azione della chinina contro la malaria. Io ritengo che si possa considerare la sua azione come ormai indiscutibile sia contro la febbre, sia per la prevenzione delle recidive. Se, malgrado ciò, la chinina non riesce in pratica a debellare la malaria, le ragioni sono molteplici. La prima ragione è che spesso non si adopera immediatamente alla comparsa delle prime febbri, quando la sua virtù sarebbe decisiva; la seconda è che si adopera per troppo breve tempo e in genere a dosi piccole, inferiori a quella dose terapeutica che sola è efficace. Un'altra ragione per cui in pratica si vede, specialmente nelle campagne, intristire la malaria, malgrado l'uso del chinino, è data, a mio modo di vedere, dalle nuove inoculazioni di parassiti.

La mia fede in questo rimedio contro la malaria è inconcussa, Non mi voglio pertanto dilungare sull'uso e sulle virtù della chinina.

Mi limito alle poche suaccennate affermazioni categoriche per entrare nell'argomento per il

quale io mi sono inscritto a parlare in questa riunione.

Uno dei problemi più importanti nella cura della malaria si è quello di combattere le recidive e opporsi alla cachessia. A tale scopo *la mistura Baccelli*, composta, come è noto, di chinina, ferro e arsenico, ha reso quasi sempre buoni servizi.

La *mistura* ha la nota composizione:

Solfato di chinina	gr. 4
Tartrato ferrico-potassico	gr. 10
Acido arsenioso puro	centig. 6
Acqua distillata	gr. 300

(3-6 cucchiai al giorno).

Lascia un abbondante deposito rosso-scuro: dev'essere agitata prima di somministrarla. Evidentemente non v'è garanzia che in ogni cucchiaio di liquido passi l'identica quantità di precipitato, che cioè ogni volta si somministri un'eguale quantità dei farmaci contenuti. Per vero se si prepara in volumi non eccessivamente abbondanti, ad esempio, in quantità non superiore a quella della ricetta, pericoli non si corrono. Il notato inconveniente ha suggerito molte modificazioni alla formola Baccelli, gran parte delle quali intendono a usare preparati solubili e tali da fornire una *mistura* limpida e chiara.

Ma Gaglio, con spirito e indirizzo che potrebbe essere imitato da molti farmacologi, prese punto di partenza dal *fatto clinico* che la *mistura* giovava ai malarici nella costituzione che Baccelli aveva dato ad essa, che per conseguenza non si dovesse mutare la forma di alcuno dei componenti originari. Unico tentativo da fare era, secondo lui, di riparare all'inconveniente della incostanza della dose nella propinazione del farmaco; pensò di usare gli stessi ingredienti della formola originaria nelle stesse dosi, comprimendoli in pastiglie o dischetti; ogni dischetto avrebbe corrisposto a un cucchiaio. I dischetti dovevano essere disciolti in latte o dovevano essere stemperati con rosso d'uovo sbattuto. Gaglio teneva molto a questa preparazione: mi rammentava, quando si discorreva di questa seduta dedicata alla chinina, che io con lui dovessi occuparmi della opportunità di diffondere i dischetti. Compio il suo desiderio come un dovere, e rimpiango di essere oggi io solo a parlare della mistura Baccelli in dischetti. Non divido però la speranza di Gaglio sui grandi vantaggi pratici dei dischetti. Essi impiegano troppo tempo a disfarsi nel latte o nell'uovo sbattuto per trovare applicazione larga per la smalarizzazione delle masse; possono ben convenire per uso individuale.

Contro le preparazioni complesse antimalariche io ho una pregiudiziale. Voglio esprimere, senza mancare di rispetto alla memoria del mio maestro Baccelli, un concetto radicalmente ormai fissato nella mia coscienza; preferisco usare la chinina sola, nella dose e nel tempo sufficienti per vincere la malaria; vinta la malaria, come rimedi complementari, servirmi dell'arsenico e del ferro, isolati o di ambedue insieme, secondo il bisogno, riservandomi talvolta di ricorrere invece al rabarbaro, al boldo, alle acque minerali lassative, a seconda dei casi.

Con queste mie osservazioni non intendo concludere che nella pratica di talune zone così fortemente infestate dalla malaria, da abbondare in malarici cronici e cachettici, non riesca utile e pratica la mistura Baccelli o liquida o in dischetti o anche modificata.

* * *

A proposito dei coadiuvanti nella cura antimalarica, io ho già alluso all'arsenico. Voi sapete come da Boudin in poi qualche preparato arsenicale ha tentato di salire al primo posto nella cura e sostituire financo la chinina. Dopo i comuni preparati inorganici, è stata la volta del salvarsan, oggi è la giornata dello stovarsol, vantati utili ambedue nella terzana benigna. Lo stovarsol è sub giudice. Il salvarsan è ritornato, come gli altri arsenicali, alla funzione di coadiuvante.

Recentemente si è ammesso che il salvarsan od il neosalvarsan potessero essere dotati di due virtù: 1) a dosi piccole metterebbero in evidenza parassiti latenti; 2) a dosi piccole e medie (10-15 e 30 centgr., date una o due volte dopo che la febbre era debellata dal chinino), impedirebbero le recidive.

Ho voluto verificare quanto fondamento ciò avesse nella pratica; la prima affermazione mi è parsa meno importante: e l'ho sottoposta a limitati controlli (forse 8-10 volte); non mi è mai riuscito di dimostrarla vera; sotto l'azione del salvarsan non sono comparsi parassiti in circolo.

Più interessante mi è parsa la seconda affermazione, quella cioè che il salvarsan impedisce o ritarda le recidive. Nella scorsa estate mi sono servito del salvarsan, usandolo dopo che le febbri erano state vinte dal chinino, talvolta da solo, associandolo più spesso alla cura chininica, e cioè praticando di salvarsan almeno due o tre iniezioni di 15-30 centg. frammezzate, nel periodo di apiressia, alla somministrazione di gr. 1-1,5 di chinino. Ottenendo dagli infermi che tornassero nella Clinica al risorgere delle febbri, o invi-

tandoli a informarci mediante cartoline del ritorno delle febbri, abbiamo constatato che non v'era differenza apprezzabile nella ricomparsa delle recidive tra i casi trattati con sola chinina e quelli con salvarsan o con salvarsan e chinina. Devo riconoscere che sperimentai con terzane maligne già recidivanti, adunque nelle condizioni più difficili. Sta di fatto tuttavia che neanche questa virtù del salvarsan di impedire o di ritardare le recidive venne da noi constatata.

*
* *

Un altro argomento cui voglio accennare è la cinconina, uno degli alcaloidi più diffusi e copiosi nelle varie specie di corteccia di china. La vecchia esperienza, quella del tempo in cui la chinina si aveva a prezzi elevati, aveva già dimostrato il buon effetto della cinconina. La cinconina era caduta in disuso dopo che la chinina scese a prezzi miti. Vari esperimenti furono in seguito rinnovati con buon esito: non rientrò nella pratica, perchè non fu superiore negli effetti alla chinina e quindi non parve necessaria. Memore di ciò, già durante la guerra, per la carestia della chinina, usai la cinconina largamente nella mia Clinica e feci con essa ripetere ricerche dal mio aiuto Silvestri.

Comunicai all'Accademia parecchi anni fa questi felici risultati della cinconina: li presentai al Governo, perchè adottasse questo secondo alcaloide della corteccia della china, mettendo in pieno rilievo che i risultati erano ottimi e che il prezzo era di molto inferiore. Il beneficio economico sarebbe stato immenso. Parallelamente a noi la cinconina era stata rivalutata da Inglesi e da Giapponesi. Queste nazioni, sopratutto il Giappone, adottarono la cinconina su vasta scala: il prezzo della cinconina è rialzato in questi ultimi anni, ma è tutt'ora assai inferiore a quello della chinina. Dei nostri studi si giovarono altre nazioni; ma il nostro Governo è finora rimasto sordo ad ogni richiamo; malgrado il concorde giudizio favorevole di quanti fra noi si occuparono della questione (Silvestri, Pontano, Bini, Sanguinetti, Amantea, Filippella, Fiorentini) (1). Sento il dovere di aggiungere il giudizio favorevolissimo, comunicatomi a voce e per lettera, d'uno dei più distinti e sicuri pratici di malariologia, quale il prof. Memmi di Grosseto. Da circa cinque anni si usa la cinconina nella mia clinica al posto della chinina e, posso assicurare, con i più buoni risultati: nella terzana maligna si usa a dosi poco più alte della chinina. I sintomi del cinconismo sono differenti da quelli del chinismo. Senza entrare in particolari, potrei dire che, come è comune il ronzio da chinino, è frequente una transitoria ambliopia da cinconina.

Ma io ho osservato in più che la cinconina si presentava quasi più energica che la chinina (in questo d'accordo con Memmi) nei malarici già abituati alla chinina e più o meno chinino-resistenti. Ed è fors'anche più importante rilevare che i malarici, in cui l'uso della chinina crea sintomi d'intolleranza e perfino l'emoglobinuria, sopportano senza alcun disturbo la cinconina. La cinconina è sopportata a dosi terapeutiche dai malarici emoglobinurici. Il mio compianto ex aiuto, Moreschi, usando su mio esempio largamente e proficuamente la cinconina a Sassari, trovò un caso di emoglobinuria da cinconina. La cinconina può dunque dar luogo ad emoglobinuria con l'uso protratto. Ma noi potremo combattere l'emoglobinuria da cinconina con l'impiego della chinina. Un alcaloide della china sostituisce l'altro quando è arrivato alla assuefazione o alla intolleranza.

*
* *

Passo a parlare dei raggi X, nel trattamento dei malarici: questione *scottante*, s'io debbo giudicare dalle vivaci polemiche cui ha dato luogo. Io dirò sommariamente delle esperienze eseguite nella mia Clinica, anzi dei risultati pratici che

---

(1) ASCOLI V. *Sulla emoglobinuria da chinina con speciale riguardo alla cinconina.* Bull. R. Acc. Med., Roma, 1918-19, fasc. V-VIII, p. 63.

SILVESTRI S. *Sull'azione terapeutica della cinconina nella malaria.* Bullettino R. Accademia Med. Roma, 1918-19, fasc. I-IV, pag. 23.

SILVESTRI S. *Sull'azione terapeutica della cinconina e della chinoidina nella malaria.* Policlinico, Sez. Prat., 1919, pag. 594.

PONTANO T. *Esame critico delle più importanti acquisizioni fatte durante la guerra nel campo della malaria.* Atti XXV Congresso Medicina interna, Trieste, 1919, pag. 54.

BINI G. *La cinconina può sostituire la chinina.* Policlinico, Sez. Prat., 1921, 919.

ASCOLI V. *Sulla emoglobinuria da chinino con speciale riguardo alla cura con la cinconina.* Policlinico, Sez. Prat., 1919, 1069.

SANGUINETTI A. *Cinconina e malaria.* Policlinico, Sez. Prat., 1921, 1652.

AMANTEA F. *Il potere curativo della cinconina nella malaria.* Policlinico, Sez. Prat., 1922, 1231.

FILIPPELLA P. *Contributo allo studio sulla terapia della malaria con la cinconina.* Policlinico, Sez. Prat., 1923, 464.

SILVESTRI S. *Assorbimento, eliminazione, tossicità della cinconina.* Policlinico, Sez. Med., 1923, p. 601.

FIORENTINI A. *La cinconina nella cura della malaria dei bambini.* Policlinico, Sez. Prat., 1923, p. 1025.

abbiamo raggiunto, senza preoccuparmi di teorie, senza pretendere a giudizi su sistemi di cura.

Le mie esperienze si rapportano a due periodi: uno svoltosi quattro anni fa, uno due anni fa. In ogni periodo furono studiati circa 20 malarici; qualcuno era primitivo, per lo più erano recidivi. Nel primo periodo furono applicati i raggi X sulla milza a dosi medie e piccole, graduate secondo i comuni criteri e con le consuete modalità: era tenuto conto del decorso della febbre, del volume della milza, dello stato generale, del reperto parassitario e, soltanto in pochi casi, delle modificazioni morfologiche del sangue. Nel secondo periodo ebbi la ventura che le applicazioni dei raggi X fossero fatte dal dott. Pais che, come sapete, è l'autore d'un metodo che a lui ha dato felici risultati. Accanto al dott. Pais, il più caloroso assertore della virtù antimalarica dei raggi X, era nella mia Clinica in quell'epoca il dott. Cignolini, persona di fiducia del dott. Pais e incaricato di coadiuvarlo nelle cure, di sorvegliare e constatare gli effetti di esse. Le ricerche sulla morfologia del sangue, sul reperto parassitario e sulle modificazioni del volume della milza erano fatte dal personale addestrato della clinica. In tutti e due i periodi sorvegliai io stesso i malati e l'andamento della malattia.

Nel primo periodo non potemmo constatare variazioni nel decorso della malattia che non fossero spiegabili con i benefizi della buona dietetica e del riposo: la milza diminuì di volume in gran numero dei malati.

Nel secondo periodo provocammo spesso una leucocitosi transitoria talvolta bene netta, come in qualche malato era stata verificata nel primo periodo di applicazione. Fu riconosciuto con una grande frequenza il fatto che le piccole dosi di raggi X applicate sulla milza mettevano in circolazione parassiti della fase febbrigena. La febbre e i parassiti non subirono modificazioni salienti e tali che senz'altro dimostrassero un'azione specifica dei raggi X: constatammo il decorso più vario, ora con accentuazione, ora con attenuazione dei fenomeni propri della malaria, e cioè della febbre e del reperto parassitario. La riduzione dell'ingrossamento splenico è stata meno costante che nei malati osservati nel primo periodo.

Dei casi osservati — almeno dei più tipici — mi riservo di dare una documentazione analitica. Qui mi limito ad esporre la conclusione generica che promana dallo accurato esame di 40 casi complessivamente; che cioè i raggi X non hanno rappresentato alle nostre constatazioni un mezzo terapeutico su cui fare affidamento. Può anche darsi che l'immissione di parassiti in circolo giovi a semplificare la cura chininica; può darsi che la riduzione del volume della milza giovi alla cura della malaria cronica. Non posso escludere — tutto che non mi riesca di dimostrarlo — che le applicazioni dei raggi X contribuiscano a facilitare il miglioramento della crasi sanguigna o anche delle condizioni generali dell'organismo.

In somma al mio esame i raggi X non hanno raggiunto nella cura della malaria una qualsiasi virtù elettiva specifica: rappresentano, forse, una qualche azione indiretta, un meccanismo coadiuvante.

*
* *

Voglio infine accennare all'uso di un rimedio che la stampa pseudoscientifica e i giornali politici hanno strombazzato in questi ultimi anni: la *smalarina*. Anche nell'uso di questo rimedio mi sono preoccupato di attenermi alle indicazioni, alle dosi e alle modalità d'impiego che ne dà l'autore. Ho quindi cercato di curare casi di malaria recidiva, talvolta nel periodo delle febbri, talvolta nel periodo di apiressia.

Ho qui davanti le nove storie cliniche dei malarici cui ho somministrato la smalarina che mi sono procurata, al prezzo di lire 20 per ogni tubetto di compresse come questo che vi presento. Seguire il metodo prescritto dall'autore non è stato agevole, per quanto si avesse a fare con malati d'ospedale; poichè dopo qualche giorno che i malarici prendono le compresse e quando si giunge alla dose di 6-8 compresse al giorno sopravvengono disturbi di stomaco, ripugnanza, nausea, tendenza al vomito, cui spesso s'accompagna diarrea. In parecchi dei nostri casi dovemmo, per vincere l'avversione, somministrare le compresse avvolte in ostia, gabellandole con altro nome. La cura completa è lunga, fastidiosa, non sopportata dalla maggior parte dei soggetti. Ai disturbi della sfera digerente si aggiungono, soprattutto in coincidenza degli accessi febbrili da malaria, disturbi nervosi, agitazione e delirio.

I malati sottoposti all'uso della smalarina erano malarici cronici: due affetti da terzana benigna, tre da terzana maligna, e quattro da malaria mista (terzana maligna con terzana benigna). Soltanto in un caso di terzana benigna fu possibile una cura completa e dopo oltre un mese si ottenne la scomparsa della febbre e delle forme parassitarie dal sangue.

Negli altri malati non siamo riusciti a protrarre oltre il mese la somministrazione della smalarina: malgrado ogni nostro sforzo di suggestione e di incoraggiamento, i sintomi d'intolleranza impedivano di proseguire l'uso del farmaco. In altri casi l'interruzione era imposta dal so-

pravvenire delle febbri malariche. Le febbri continuavano e incalzavano, se esistevano in sull'inizio del trattamento; più spesso insorgevano malgrado un più o meno protratto uso della smalarina. Debbo insistere sul fatto, insolito nelle febbri da malaria recidiva, che la febbre si accompagnava da agitazione e da delirio, anche se non era molto alta e anche se apparteneva alle terzane benigne. Neanche a dire che febbri e disturbi concomitanti erano sempre troncate rapidamente (entro uno o due giorni) da dosi terapeutiche di chinina o cinconina.

Le storie cliniche, che esibisco come documentazione analitica, sono tutte concordi nel dimostrare la nessuna virtù curativa della smalarina; la costanza dei risultati supplisce allo scarso numero dei casi in una malattia nella quale l'evoluzione è prevista e modificata con la chinina con matematica precisione. Devo aggiungere che, se la smalarina non ha giovato contro la malaria, ha portato spesso disordini delle funzioni digerenti e provocato disturbi nervosi nel corso delle febbri da malaria.

Io non pretendo dare un giudizio definitivo sulla smalarina, preconizzata e vantata come il rimedio contro la malaria. Ho voluto riferire con obbiettività i dati di fatto da me riscontrati, i quali stanno in contrasto con i costanti e sicuri benefici annunciati da autori italiani e stranieri.

Tralascio ogni commento, ma voglio terminare dichiarando che mi sono indotto a fare queste esperienze con la smalarina per rispondere all'accusa, che spesso si muove alla cosidetta scienza ufficiale, di chiudere aprioristicamente le porte alla verità. Io ho pensato che conviene alle cliniche, quando ne abbiano la opportunità, di saggiare l'azione di qualcuna delle specialità e di esporre al pubblico i fenomeni osservati, i risultati raggiunti. Potrebbe essere questo uno, e non il meno importante, dei servizi che le cliniche sono chiamate a rendere al pubblico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DELLA SS. TRINITÀ DI VARALLO SESIA
SEZIONE CHIRURGICA.

Pielonefrite gonococcica suppurata unilaterale nella donna (1).

Nota clinica.

Dott. CARLO FELICE BIANCHETTI, chirurgo direttore.

Riferisco senz'altro il caso studiato ed operato nella sezione chirurgica dell'Ospedale di Varallo:

S. Olimpia, di anni 43, da Balmuccia: casalinga. Entra in ospedale il 7 aprile 1924.

Nulla di notevole nel gentilizio: mestruata regolarmente a 18 anni, sposata a 27: dopo un anno una gravidanza interrotta a 7 mesi circa per motivi sconosciuti. Da circa cinque anni soffre di forti disturbi vescicali consistenti in bruciori durante e dopo la minzione, disuria, tenesmo vescicale, pollachiuria con orine torbide, talora ematiche. Venne sottoposta a ripetute lavature vescicali dalle quali ritrasse scarso giovamento transitorio. Tali disturbi durarono con maggior o minor intensità per circa quattro anni, accompagnati da perdite vaginali, da progressivo deperimento e da perdita dell'appetito: in ultimo le orine si sono fatte nettamente purulente: la paziente è obbligata a orinare ogni 15-25 minuti con violenti dolori al basso ventre: negli ultimi mesi poi è comparso un senso molesto di peso alla regione renale sinistra senza veri dolori localizzati o irradiati.

All'esame obbiettivo notasi un notevole grado di deperimento generale: la cute è pallida, flaccida: le masse muscolari alquanto denutrite.

Nulla all'apparato cardiovascolare e ai polmoni.

Addome in gran parte trattabile, indolente.

Il rene sinistro palpasi assai ingrossato, scarsamente mobile, liscio, poco dolente anche ad una pressione assai accentuata.

Appena si palpa il polo inferiore del rene destro.

All'esame vaginale rilevasi: arrossamento e leggero turgor del meato uretrale e della mucosa vaginale con scarso secreto biancastro, inodore.

Le orine sono fortemente purulente, torbide: quantità giornaliera da 600 a 700 cc.

Esame totale delle urine: quantità: 800 cc.; colore: giallo torbido; odore: nessuno; reazione: neutra; peso specif.: 1014; albumina: traccie; glucosio: negativo; urea: 8.47 0/00; cloruri: 5.8 per 0/00.

L'esame del sedimento dà: abbondantissimi globuli bianchi più o meno alterati, qualche globulo rosso, scarsi elementi di sfaldamento vescicale e renale, qualche cilindro granuloso e ialino, cristalli di fosfato triplo ammonio-magnesiaco: abbondantissima la flora batterica.

La ricerca dei bacilli di Koch è negativa.

Parte del sedimento viene iniettato sotto cute e nel peritoneo di due cavie con esito negativo.

---

(1) Comunicazione presentata alla Società Medica di Novara nella seduta del 6 aprile 1925.

Esame cistoscopico: riesce indaginoso perchè la vescica è estremamente intollerante e non trattiene più di 30-35 cc. di liquido senza provocare gravi disturbi.

La mucosa vescicale è intensamente arrossata, iperemica: tutto il bassofondo e il trigono sono cosparsi di ulcerazioni appianate ricoperte parzialmente da essudato fibrinoso, aderente: il meato ureterale di destra è nascosto da essudato purulento, quello di sinistra fortemente tumefatto, edematoso, in parte ulcerato è dilatato ed occupato da un getto, a guisa di ciuffo sporgente in vescica, di pus denso aderente, di colore giallastro.

Non è possibile il cateterismo ureterale per la intolleranza della paziente all'esame e per l'impervietà dei due meati ureterali.

Si formula la diagnosi di probabile pielonefrite purulenta sinistra, di natura dubbia e si interviene il giorno 12 aprile in narcosi eterea. Incisione lombare obliqua sinistra.

La capsula adiposa perirenale è infiltrata, edematosa, aderente: si isola con qualche difficoltà il rene sinistro che è ingrossato quasi del doppio, di colore bluastro scuro, con capsula fortemente ispessita, biancastra al di sotto della quale traspaiono delle isole tondeggianti, leggermente sporgenti, di colorito bianco giallastro molliccie. Da una di queste si aspira mediante una siringa del pus che viene coltivato in brodo, agar, gelatina: si allestiscono inoltre dei preparati a striscio.

Si decortica parzialmente il rene incidendo i vari ascessi corticali con esito di pus denso, giallastro, inodore: poi si pratica un taglio nefrotomico longitudinale mediano della lunghezza di 5 o 6 cm. attraverso al quale si penetra in una vasta cavità ascessuale, comunicante ampiamente col bacinetto, da cui fuoriesce abbondante pus giallo ematico, fetidissimo.

Si lascia un grosso drenaggio tubulare in quest'ultima cavità fino al bacinetto fissando parzialmente la capsula fibrosa ai bordi della ferita: zaffo superficiale con garza vioformica: sutura parziale della ferita operatoria.

Dirò subito che la cultura del pus estratto dai vari ascessi corticali ha dato esito assolutamente negativo: all'esame per striscio si sono trovati abbondantissimi gonococchi, Gram negativi, in cultura quasi pura. Non è stato possibile per mancanza di terreno adatto di cultura, coltivare i gonococchi.

I preparati del pus estratto dall'ascesso centrale hanno dimostrato la grande prevalenza di forme bacillari identificabili col bacterium coli, qualche streptococco e scarsi gonococchi.

Il decorso postoperatorio è stato regolarissimo: nessun rialzo di temperatura ha disturbato il processo di guarigione che è avvenuta per seconda intenzione. La quantità giornaliera di orina è salita in pochi giorni da 800 a 1000, 1200, 1600 cc.; l'orina all'uscita della paziente dall'ospedale era limpida, chiara, con scarsissimo sedimento: la vescica divenuta continente poteva permettere alla ammalata di orinare tre, quattro volte al massimo nelle 24 ore: scomparso il dolore e il tenesmo l'ammalata era da ritenersi guarita.

La rividi dopo parecchi mesi: gode buona salute, di quando in quando compare un po' di tenesmo vescicale senza che l'orina dimostri alterazioni qualitative di sorta.

Il quadro nosologico della pielonefrite suppurativa, nefrite apostematosa di alcuni AA., è troppo ben conosciuto perchè io voglia qui, sulla base di un caso osservato, tracciarne le linee fondamentali: ciò che mi interessa far osservare è l'eziologia dell'affezione studiata, straordinariamente insolita a verificarsi.

Infatti fra gli agenti morbigeni della pielonefrite suppurativa notiamo a detta della maggior parte degli AA. lo streptococco, lo stafilococco, il pneumococco, il b. coli, il bacillo di Eberth, il proteus, il piocianeo, qualche anerobio e assai più raramente il gonococco di Neisser: dico molto più raramente perchè, contrariamente a quanto apparirebbe naturale, i casi di infezione gonococcica a tipo suppurativo del rene sono oltremodo rari: i più diffusi trattati di chirurgia, specialmente urologica, vi accennano di sfuggita: fra i casi resi noti, per quanto mi consta, annoveriamo quelli di Tédenat, di Bastos, di Le Fur, di Pollitz, di Bockardt, di Mendelsohn: il Brodeur nel suo trattato « Les affections du rein » accenna ad un caso sospetto, non corredato dal reperto batteriologico, riferito da Ollier.

Molto recentemente il Broglio, della sez. Urologica dell'Ospedale Maggiore di Milano, in una sua accurata monografia sull'argomento, sulla base di 18 casi studiati, riferisce su di uno di probabile origine gonococcica (il caso II) in una donna affetta da blenorragia uretrale in cui risultò all'esame microscopico la presenza di diplococchi Gram negativi senza che se ne fosse con ciò specificato il germe patogeno.

Il caso nostro pertanto viene ad acquistare un valore particolare che se da un alto comprova l'asserzione di coloro che ammettono l'esistenza di un'affezione renale gonococcica a tipo suppurativo, d'altro lato ribadisce il concetto che questa modalità di infezione è assai rara e legata con molta verosimiglianza a condizioni di particolare resistenza del parenchima renale.

Infatti la rarità di quest'affezione del rene propriamente detto è molto strana se si calcola la quantità stragrande di affezioni genitali gonococciche con complicazioni delle vie urinarie superiori: ho detto appositamente del rene propriamente detto poichè la compartecipazione dell'uretere e del bacinetto renale all'infezione gonococcica è abbastanza frequente ed a questo è probabilmente da ascriversi l'affermazione del Kümmell che il gonococco giuoca una gran parte nell'insorgenza di infezioni acute pielorenali: con la quale affermazione non deve intendersi che l'infezione per via ascendente del bacinetto sia

altrettanto frequente quanto quella del parenchima renale e tanto meno nella forma ascessuale, apostematosa. E questo viene confermato dal fatto che mentre la forma pielitica può passare a guarigione quasi spontaneamente, difficilmente può dirsi altrettanto dell'infezione a forma ascessuale del rene.

In che consista questa particolare resistenza del parenchima renale al gonococco non è facile dirlo nè parmi esistano in proposito prove sperimentali: che anche queste sarebbero di difficile attuazione quando si pensi che altro è il potere di attecchimento del gonococco sull'uomo, altro quello sugli animali da esperimento i quali in genere vi sono refrattari e non è affatto semplice l'applicare alla patologia umana quanto si può sperimentalmente riprodurre. Il fatto però sussiste ed è certo incontestabile.

E stato asserito che la nefrite apostematosa, distinta da alcuni AA. dalla pielite e dalla pielonefrite suppurativa, offre un quadro clinico sintomatologico netto: ciò corrisponde in buona parte a verità ed è da mettersi in rapporto alla modalità di infezione; che, come è noto, può essere di origine ematogena od ascendente per via vescico-ureterale: infatti mentre la forma apostematosa per lo più di origine ematogena, embolica scoppia per la sua modalità stessa, in periodo di pieno benessere in modo brusco, tumultuoso con febbre alta, dolorabilità intensa alla regione renale, stato generale grave testimone di un'infezione generalizzata, setticemia, la forma pielitica o pielonefritica evolve in genere più lentamente, in modo quasi subdolo, con modica febbre e con scarso risentimento generale e ciò in rapporto al genere di diffusione che avviene a gradi, per continuità; solo più tardi negli stati più avanzati della malattia i fenomeni locali e generali possono aggravarsi in rapporto anche alla non infrequente bilateralità della lesione renale.

Nella nostra paziente i fatti renali, che come si è veduto erano abbastanza gravi e diffusi, sono quasi passati inosservati di fronte all'intensità dei fenomeni vescicali i quali per oltre cinque anni avevano distratta l'attenzione del medico e solo negli ultimi mesi cominciavano a provocare una sensazione molesta di peso alla regione lombare senza dare altro segno di sè.

Riguardo all'intervento sono d'accordo con tutti coloro, e sono la maggior parte, i quali riservano la nefrectomia ai casi gravissimi con distruzione del parenchima renale estesa: se sia più utile la nefrectomia ampia con drenaggio alla Israel oppure la nefrolisi con pielotomia e drenaggio successivo del bacinetto questo non credo sia possibile stabilire schematicamente e rigidamente a priori: dipenderà dall'estensione dei focolai suppurativi e dalla loro ubicazione la condotta del chirurgo il quale deve ritenere in linea generale che quanto meno si lede il parenchima renale tanto minori saranno i pericoli di emorragie secondarie e tanto maggiore la conservazione di porzioni di rene utilmente funzionanti per l'avvenire.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN-BRUNS. Trattato di Chirurgia.

FORGUE, BÉGOUIN, BOURGEOIS, ecc. Trattati di Patologia Chirurgica.

LEGUEU, CASPER, ALBARRAN, MARION, ecc. Trattati di Urologia.

OLLIER. Revue de Chir., 1885, (riferito da BRODEUR. Les affections du rein).

LE FUR. *Infection gonococcique dans un rein.* VIII Sess. de l'Ass. franc. d'Urol., 1904.

TEDENAT. *Abcès du rein à gonocoque.* Ann. des mal. des org. gén. urin., 1907.

BASTOS, (riferito da LEGUEU).

POLLITZ, BOCKARDI, MENDELSHON (idem).

BROGLIO. *Contributo alla conoscenza della nefrite apostematosa, ecc.* Archivio Ital. di Chir., vol. X, fasc. 6.

Sui cosidetti calcoli batterici del bacinetto

per il dott. EDMONDO VENEZIAN
assistente negli Ospedali Riuniti di Roma.

Fra le concrezioni organiche descritte da vari Autori, che si possono formare nel bacinetto in taluni casi di flogosi della sua mucosa, e che sono state trovate talvolta al reperto anatomo-patologico, rarissime sono delle formazioni speciali costituite esclusivamente o quasi di batteri e chiamate per l'appunto da alcuni calcoli batterici.

Avendone recentemente osservati in una paz. caduta sotto la mia osservazione, ritengo non inutile presentare il caso e il frutto delle mie ricerche al poroposito.

Ecco la storia della paziente che ebbi occasione di avere in cura:

P. A., di anni 52, donna di casa. Si è sposata a 18 anni con uomo sano: ha avuto 3 gravidanze a termine, mai aborti. Le gravidanze trascorsero senza disturbi notevoli. La paz. afferma di non aver mai sofferto di malattie degne di nota. L'attuale rimonterebbe al 1912. In quell'anno per la prima volta la paz. notò la comparsa senza causa apprezzabile di disturbi della minzione consistenti in minzione frequente e bruciore nella minzione. Queste sofferenze, del resto assai lievi, tanto che la paz. non dette loro importanza sulle prime, si vennero ripresentando da allora con lunghi intervalli di tempo. Duravano solo 3 o 4 giorni; miglioravano e cessavano assai presto con un po' di riguardi e con la somministrazione empirica di decotto di gramigna.

Nel dicembre 1914 la paz. fu costretta a trascorrere ben 5 giorni in ferrovia e in carrozza, senza soffrirne alcun disturbo notevole. Ma ai primi del gennaio seguente comparve, senza che fosse accompagnata da dolori, una lieve ematuria. L'esame delle urine allora praticato per la prima volta dette il risultato seguente:

Reazione debolmente acida.

D. 1014.

Albumina 0.25 0/00.

Emoglobina presente.

Nel sedimento: grande quantità di emazie; filamenti mucosi; cellule epiteliali delle vie urinarie.

Un sanitario fece diagnosi di cistite e si limitò a consigliare una cura medica.

Negli anni seguenti disturbi della minzione si ripresentarono, ma sempre a lunghi intervalli e in forma lieve.

Esami ripetuti delle urine segnalano:

Nel giugno 1918: muco-pus presente; nel sedimento leucociti, non emazie.

Nell'agosto 1919: traccie d'albumina. Nel sedimento: numerose emazie; leucociti; epiteli di sfaldamento. Discreta quantità di batteri.

Nel settembre 1919: nel sedimento solo epiteli e leucociti.

Nel maggio 1920: albumina presente; nel sedimento: numerose emazie e batteri; qualche leucocito, epiteli.

Nel marzo 1922: albumina e muco-pus presenti; nel sedimento: moltissimi leucociti, molte emazie, numerosi filamenti di muco.

Nel luglio 1924: muco-pus abbondante. Nel sedimento: molti leucociti e molti batteri.

Nel luglio 1924 dopo una passeggiata in carrozza, di notte forti dolori alla regione lombare destra: la paz. non poteva urinare pur sentendone il bisogno. Con impacchi caldi il dolore si calmò subito e la paz. potè urinare. Essa ebbe allora per la prima volta lievi elevazioni della temperatura per alcuni giorni.

Nell'agosto di quando in quando i soliti lievi disturbi della minzione e inoltre frequenti ma irregolari elevazioni febbrili durante il giorno, per poche ore: talvolta fino a 39°; più spesso fra 37°.5 e 38°.

Fu verso la fine del settembre 1924 appunto che io ebbi occasione di visitare per la prima volta la paz.: l'esame era completamente negativo, ove si tolga una certa dolenzia alla succussione della regione lombare a destra: consigliai un esame radiografico e una cistoscopia.

Nel frattempo, l'11 novembre, la paz. veniva colta da una colica renale tipica, accompagnata da febbre. Il giorno 13, mentre i dolori colici perduravano abbastanza vivi, la paz. provò durante una minzione come un vellichio in corrispondenza dell'orificio uretrale ed emise un corpicciattolo molle della grandezza di un pisello circa, di colore biancogrigiastro. Con quasi tutte le minzioni seguenti vennero emessi dei corpicciattoli simili, in numero vario, da 1 a 3, per ogni minzione; da 1 a 5 e fino a 7 al giorno. Frattanto i dolori si calmavano rapidamente, per scomparire in breve del tutto. La febbre perdurò, sempre assai modica, per 3, 4 giorni. L'emissione dei corpicciattoli, in numero sempre più scarso, continuò invece per 7-8 giorni.

Il 1° dicembre, la paz. aveva lasciato il letto da poco più d'una settimana, nuova colica con caratteri identici alla precedente, compresa l'emissione dei suddetti corpicciattoli.

Il 19 dicembre venne praticata la cistoscopia (prof. Raimoldi), previa iniezione di indigo-carminio per l'esame della funzionalità renale. Essa permise di rilevare le note d'una lievissima iperemia della mucosa. Colore dopo 10 minuti a D. e a S. L'esame delle urine estratte col cateterismo degli ureteri dette:

Rene s.: urine intensamente colorate. Urea 15.404 0/00. Sedimento: cellule di sfaldamento; rarissimi cilindri ialini.

Rene d.: urine scarsamente colorate. Urea 6.320 0/00. Sedimento: numerosissimi leucociti; qualche emazia; molte cellule di sfaldamento.

La radiografia (21 dicembre 1924) (prof. Serena) dimostrò 4 ombre all'altezza dell'ultima costa destra, da interpretarsi come calcoli situati nella pelvi renale.

Posta così la diagnosi di calcolosi renale destra infetta, venne consigliato l'intervento.

In seguito la paz. ebbe una terza colica coi caratteri di quelle precedenti, ma assai lieve, accompagnata, o meglio seguita, anch'essa dall'emissione delle suddette formazioni molli.

Dopo di che i disturbi scomparvero completamente e ai primi di marzo la paz. entrava in una casa di cura.

9 marzo 1925: òperazione (prof. Bonanome). Venne praticata una pielotomia e vennero estratti dal bacinetto 4 calcoli ossalici, di cui 3 grandi come ciliege, uno quanto un pisello, e insieme una trentina circa dei corpicciattoli già descritti.

Il decorso postoperatorio fu discreto: la paz. al presente sta bene; le urine sono tornate chiare e presentano nel sedimento centrifugato solo pochi leucociti.

La cosa che richiama particolarmente l'attenzione sul caso or ora descritto, per il resto abbastanza banale, sono naturalmente quei tali corpicciattoli che la nostra paz. emise in occasione delle sue coliche.

Si trattava di formazioni abbastanza regolarmente ovali o sferiche, o anche irregolarmente faccettate, a superficie liscia, di colorito biancogrigio sporco, di grandezza variabile da una piccola lente a un grosso pisello. La consistenza appariva a una lieve pressione molle elastica; ma facilmente si riusciva poi a schiacciarli fra le dita rendendoli informe poltiglia.

Esaminando al microscopio una piccola quantità di codesta poltiglia, diluita con un po' d'acqua, strisciata su di un vetrino e colorata con i metodi comuni, si rilevava soltanto una enorme quantità di microrganismi morfologicamente tutti eguali, a forma di bastoncelli brevi, tozzi, con estremità arrotondate, Gram negativi.

Fissate alcune di codeste concrezioni e inclusele in paraffina ne feci fare delle sezioni colorate con l'ematossilina-eosina e con il metodo di Weigert.

I preparati, esaminati a debole ingrandimento, presentano una struttura finemente granulosa e

una disposizione concentrica di strati alternativamente più o meno intensamente colorati, attorno a una zona centrale chiara, che occupa un quarto circa del diametro dei corpuscoli e in cui si notano delle formazioni rotondeggianti o ovali. Attorno a questo nucleo centrale si dispone la parte stratificata. Gli strati più sottili sono rappresentati dalle porzioni che hanno assunto una colorazione più intensa: essi non hanno limiti netti, ma frastagliati.

A ingrandimento più forte (immersione) nei preparati colorati con il metodo di Weigert si rileva subito la presenza, su tutta la sezione, di una enorme quantità di batteri fittamente disposti uno accanto all'altro, orientati in varia direzione. La zona centrale è costituita da una quantità di figure rotondeggianti con struttura finemente granulosa e senza traccia di formazioni nucleari, tenute insieme da una ganga amorfa assolutamente piena di microrganismi.

La zona periferica ha un aspetto decisamente fibrillare. Le trabecole formano una fitta rete a maglie di varia ampiezza, riempite da batteri. In alcuni punti le trabecole si ingrossano, la rete fibrillare si fa più fitta e così vengono a costituirsi gli strati più intensamente colorati. Le fibrille sono colorate in lilla chiaro.

La struttura fibrillare non risulta così evidente nelle sezioni colorate con l'ematossilina-eosina. I preparati colorati semplicemente col blù di Löffler, non mostrano che un'enorme quantità di batteri.

Penso di poter interpretare le formazioni della parte centrale come cellule necrotiche. Quanto al reticolo esso è con tutta probabilità costituito da fibrina.

Riassumendo, si tratta di formazioni molli, simili a calcoli, concentricamente stratificate, composte in prevalenza di batteri e in minima parte di uno scheletro organico. Concrementi del tutto simili sono stati descritti da alcuni autori (Schmorl, Jores, Neumann, Lauda) in casi di pionefrosi e denominati per la conformazione e per la costituzione loro, calcoli batterici (Bakteriensteine).

La letteratura su di essi è assai scarsa data la rarità del reperto e forse anche la relativa importanza loro. La maggior parte dei trattati non vi accenna neppure: solo quelli dell'Israel e del Wildbolz ne parlano brevemente.

I calcoli batterici risultano formati, come abbiamo visto, in prevalenza da microrganismi, cementati da una trama organica derivante dai prodotti della flogosi della mucosa.

Difficile è poter definire chimicamente le sostanze che entrano nella composizione di codesta trama, che potrebbe essere ravvicinata a quella che costituisce lo stroma dei calcoli renali. Di questo Berzelius dice che l'analisi è impotente a distinguere fra albumina, fibrina, muco vescicale e materia caseosa. Ebstein e Posner ne attribuiscono la formazione a pus, sangue, epiteli, materia colorante dell'urina, muco vescicale. Secondo il Lauda lo stroma dei calcoli batterici è dovuto o a brandelli di tessuti necrotici distaccatisi dalla parete del bacinetto o a coaguli che si possono formare nelle pieliti e nelle pielonefriti, o ancora finalmente al pus delle pionefrosi.

Una classificazione delle sostanze che possono coartarsi nel bacinetto per formare degli zaffi o dei fiocchi, potrebbe essere la seguente:

1) Coaguli, dal fibrinogeno del plasma;

2) Fiocchi da precipitazione, per processi fisico-chimici (reazione, contenuto in sali dell'urina, ecc.) di albumine, globuline o mucoidi delle sostanze protoplasmatiche provenienti dal disfacimento di elementi cellulari (leucociti, emazie, epiteli). Gli AA. parlano spesso di muco e di masse mucose, ma va qui espressamente ricordato che non esistendo cellule mucipare nelle vie urinarie alte, le sostanze mucoidi non possono derivare che dalla scomposizione degli elementi cellulari. (L'urina contiene solo piccolissime quantità di un mucoide urinario derivato dal mucoide del plasma);

3) Zaffi, pseudomembrane formati da brandelli di tessuto necrotico.

In tutte queste sostanze organiche i germi trovano un ottimo substrato nutritizio e infatti vi si moltiplicano, compenetrandole, come su un terreno di cultura.

Possono riscontrarsi nei calcoli batterici tutti i germi presenti nelle flogosi delle vie urinarie: ed è naturale che come il Bacterium coli è il germe che per lo più è in causa, così nella massima parte dei casi descritti si tratti in prevalenza o esclusivamente di B. coli.

Nel caso riportato dal Lauda accanto a bastoncelli Gram negativi, v'erano alcuni cocchi Gram positivi. Nel nostro i batteri avevano tutti i caratteri morfologici e tintoriali del B. coli.

Dagli stessi materiali che costituiscono lo stroma dei calcoli batterici, possono in altre contingenze avere origine diverse formazioni, che sono state più o meno spesso riscontrate nei bacinetti in preda a processi di flogosi.

Si trovano descritte:

a) Incrostazioni: così sono denominati i depositi tenacemente aderenti alla tasca di certe pionefrosi, spesso stratificati, costituiti in prevalenza da pus;

b) Concrezioni organiche: sono queste elementi figurati, per lo più sferici, di aspetto, composizione e grandezza variabili. Appartengono ad

esse i cosidetti calcoli di albumina o di fibrina (Eiweiss, Fibrinsteine) descritti da Peipers, Morawitz e Adrian (1907), von Gage e Beal (1908), von Schade (1908): si tratta di corpi ovali o faccettati della grandezza da un pisello a un chicco d'uva, di consistenza molle-elastica, di color bianco-giallo o bruno, con stratificazioni concentriche attorno a un nucleo spesso incrostato di fosfato di calcio. La massa fondamentale consiste di una sostanza albuminosa difficilmente solubile. Israel vuol distinguere da essi certi zaffi solidi di forma ovale formati dal conglutinarsi del pus; a proposito dei quali ricorda come la loro emissione possa provocare delle coliche renali.

Un'altra varietà di concrementi, rarissima, è data da formazioni di color nero inchiostro, della consistenza della gomma da cancellare, costituite da una sostanza albuminosa assai resistente contro i reagenti chimici: la loro colorazione nera non deriverebbe dall'emoglobina (nessuna traccia di ferro all'analisi).

Meno rari sono i concrementi riscontrati nelle Bilharziosi, i quali constano di un nucleo centrale costituito da uno stroma amorfo di natura imprecisabile che tiene insieme una quantità di uova di Bilharzia e di una parte periferica composta di urati e di acido urico.

Finalmente vengono i calcoli batterici: questi sono del tutto molli e solo raramente, come nel caso del Lauda, vi si riscontrano fini incrostazioni di sali di calcio (fosfato e carbonato).

Il costituirsi di numerose piccole formazioni, meglio che con la divisione, dovuta a fattori meccanici, di una massa molle unica originaria (Lauda), va spiegata col precipitare di batteri e di sostanze organiche verso diversi centri di accrescimento.

Quale rapporto può esservi stato nel caso descritto fra calcoli ossalici e calcoli batterici? Probabilmente i primi si formarono primitivamente: per la loro presenza potè poi svilupparsi l'infezione, che a sua volta fu la causa dei calcoli batterici. Ma che una flogosi locale primitiva possa essere il punto di partenza sia dei calcoli che delle formazioni molli descritte, non si può naturalmente escludere.

Un altro punto su cui crediamo di doverci soffermare nel caso nostro è la causa delle coliche sofferte dalla paz.: si dovevano queste ai calcoli ossalici o a quelli batterici? Una risposta sicura al proposito è al certo impossibile.

Suggestivo è ad ogni modo il rapporto *costante* fra colica ed emissione dei c. b. e più precisamente fra cessazione dei dolori, o meglio periodo di declino dei dolori, ed inizio di emissione dei c. b.

L'assenza d'un'ematuria macroscopica e l'entità minima dell'ematuria microscopica dopo le coliche potrebbe essere un altro elemento per attribuire più ai c. b. che non ai calcoli ossalici le coliche. Criterio più fallace che potrebbe invocarsi è infine la scarsa gravità della sindrome dolorifica. Tuttavia la questione va lasciata in sospeso. Ma nulla vieta di pensare che i c. b. abbiano potuto, occludendo momentaneamente l'orificio ureterale superiore, provocare un brusco aumento di pressione nel bacinetto e quindi l'accesso doloroso.

All'infuori della calcolosi, sono molte le affezioni del rene e delle vie urinarie superiori che possono determinare l'insorgere della sindrome « colica renale ».

La *tubercolosi del rene* può fino dall'inizio presentare accessi dolorosi determinati dall'eliminazione di coaguli di sangue o di masse caseose.

I *tumori del rene* causano vere coliche in rapporto con nefrorragie o con fatti di ritenzione pielica da compressione.

Crisi dolorose violente provocano talvolta pure la *pielite*, il *rene mobile*, l'*uronefrosi intermittente*: l'impedimento brusco nel deflusso dell'urina è dato nel primo caso dalla tumefazione infiammatoria della mucosa.

Anche una *cisti d'echinococco* che si rompe nelle vie urinarie alte può determinare accessi dolorosi del tipo delle coliche renali, cui segue l'espulsione di scolici e di frammenti di membrana con l'urina: questi accessi non sono così violenti come quelli della nefrolitiasi e inoltre si susseguono rapidamente.

Essendo causa di nefrorragie anche il *rene policistico* può dare delle coliche renali.

Cause rare di crisi dolorose renali sono: l'*emorragia in un'idronefrosi* (idro-emato-nefrosi) o la espulsione d'una membrana derivata dall'esfoliazione della superficie della mucosa nella *leucoplasia del bacinetto* (Beer, Beselin).

Infine rarissime le coliche determinate dai *concrementi organici* che possono trovarsi nelle pionefrosi e che abbiam ricordato più sopra (Israel).

Nessuno ricorda coliche da calcoli batterici ma infine essi sono del tutto simili a codesti calcoli molli di fibrina e di albumina.

Concludendo, i calcoli batterici costituiscono un reperto raro, sebbene interessante dal lato patogenetico. Rarissima la formazione loro al di fuori di una pionefrosi e ancor più rara la loro espulsione attraverso le vie urinarie inferiori contemporanea alla comparsa di coliche renali tipiche come nel caso nostro.

Roma, aprile 1925.

BIBLIOGRAFIA.

1. CASPER. *Urologie.*
2. *Enciclopedie Française d'Urologie*, vol. II.
3. ISRAEL I. *Chirurgie der Niere, ecc.*
4. ID. *Chirurgische Klinik der Nieren Krankheiten.*

5. LEGUEU. *Urologie.*
6. MARION. *Urologie.*
7. WILDBOLZ. *Lehrbuch der Urologie.*
8. LAUDA. *Bakteriensteine im Nierenbecken und ihre Entstehung.* Frankf. Zeits. f. Path., 1922.
9. PFISTER. *Ein Harnröhrenstein bei Bilharziakrankeit.* Zeitschr. f. Urologie, 1913.
10. TARDO. *Su un raro caso di calcolosi renale.* Policlinico, Sez. Chir., vol. XXVII.
11. ID. *Sulla formazione di calcoli, ecc.* Ibidem.
12. BEER. *Leucoplasia del bacinetto.* The Americ. Journ. of Medic. Sciences, 1914.
13. SCHMORL. In *Verhandl. deut. path. Gesells.*, 1901.
15. IORES. In *Lubarsch u. Ostert. Iahresber.*, 1907.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sull'eziologia del cancro.

I giornali politici hanno dato larghe notizie di recenti ricerche sulla genesi del cancro, compiute in Inghilterra. Le memorie originali, del dottor W. E. Gye e di J. E. Barnard, sono pubblicate sul *Lancet* del 18 luglio. Esse fanno compiere, a nostro avviso, un passo decisivo alle nostre conoscenze. Non mancano di addentellati con precedenti ricerche.

Le ipotesi che riconducevano i tumori maligni ad infezioni urtavano contro difficoltà che parevano insormontabili. Ad esempio, non si conciliavano con l'impossibilità di riprodurre la malattia senza innestare anche le cellule. Non si conciliavano con la specificità: gl'innesti attecchiscono solo in animali della stessa specie e riproducono solo lo stesso tumore innestato; pertanto si sarebbero dovuti ammettere innumeri virus, per ogni singolo tipo tumorale di ogni specie animale. Una grave difficoltà era data anche dall'epidemiologia, la quale dimostra come il cancro non sia direttamente contagioso. Per questi ed altri motivi si era, ormai, propensi a considerare il cancro come dovuto a pervertimenti delle cellule, e s'invocavano cause varie per spiegare siffatta « anarchia cellulare ».

Le ricerche di Rous, compiute nel *Rockefeller Institute* di New York e rese note nel 1911, misero in grave imbarazzo i fautori di questa eziologia cellulare. Rous dimostrò, infatti, che un ceppo di sarcoma dei polli può essere trasmesso con filtrati o con cellule uccise. In seguito Rous dette la stessa dimostrazione per altri due ceppi: si trattava però sempre di sarcomi dei polli.

Le ricerche di Gye derivano da queste del Rous. Esse sono state compiute nei *Field Laboratories* istituiti dal *Medical Research Conncil* a Mill Hill, in Londra.

Egli si è valso, in primo tempo, del primo ceppo di Rous. Ne ha confermato la filtrabilità ed è riuscito a coltivarlo (un solo passaggio).

Condizione essenziale della coltivazione è di procedere con asepsi rigorosa, poichè gl'inquinamenti distruggono il virus. L'A. lavora in camera asettica; disinfetta esternamente gli animali da sezionare, con bagni caldi di lisolo; li seziona con termocautere, ecc. Per le colture, in anaerobiosi, si vale di brodo Hartley aggiunto di cloruro potassico al 0.2 % (è noto come i tessuti cancerosi siano potassofili) e, dopo sterilizzazione, vi aggiunge siero fresco di coniglio a 1:5; alle volte aggiunge anche zucchero a 0.5-1 %. Le provette non si intorbidano; non divengono neppure lattescenti; ma la presenza del virus è attestata dagli innesti. Il virus è molto sensibile, come aveva già accertato Rous; non resiste a 55° C.; lo uccidono il cloroformio, il toluene, il fenolo a 0,5 %.

L'A. ha conferito il sarcoma ai polli, iniettando loro, nei muscoli pettorali, dei centrifugati o dei filtrati o delle colture di sarcoma dei polli; od anche dei filtrati di sarcomi o di carcinomi di mammiferi (compreso un adeno-carcinoma umano). Ha anche conferito il sarcoma ai topi valendosi del filtrato di sarcoma dei topi. Ha in corso altre esperienze.

Il contributo più nuovo dell'A. consiste nell'aver determinato le condizioni in cui il virus del cancro attecchisce.

Egli aveva eseguito delle ricerche preliminari, in collaborazione con Cramer e con Cattle. Era risultato da esse che tanto il *Bacillus welchii*, quanto le spore di tetano, quanto il vibrione settico, sono innocui, se lavati, per i topi; ma che attecchiscono se s'inocula anche il filtrato del *welchii*, in dose subletale. Dunque questo filtrato esercita un'azione che è paragonabile a quella delle aggressine; l'A. la designa col termine di *catafilassi* o rottura d'equilibrio. Queste ricerche ne richiamano altre di Vincent e Vaillard sul tetano.

Il virus del cancro si comporta in modo analogo ai germi sopra menzionati. In condizioni sperimentali esso è innocuo, da solo: non produce neppure lesioni banali; affinchè attecchisca, si richiede un secondo fattore, il quale è dato da un estratto del tumore, privo o non del virus. Il virus del cancro dunque non è specifico per sè: difatti il sarcoma del pollo potè essere prodotto valendosi dei filtrati di sarcomi e carcinomi di mammiferi. Invece è specifico l'estratto: esso agisce solo su animali della stessa specie di quelli da cui proviene e sugli stessi tessuti. Senza il virus però l'estratto sterile (cloroformato) è inattivo.

Questi risultati delucidano, in modo singolare, molte ricerche e osservazioni anteriori sull'eziologia del cancro e conciliano molte contraddizioni apparenti. Ad esempio, non occorre più invocare

infiniti virus dei tumori maligni: basta uno solo od un gruppo. Ci si spiega anche la trasformazione dei carcinomi in sarcomi, osservata nelle esperienze di Ehrlich e di altri. Diviene intelligibile come Carrel abbia osservato la trasformazione dei monociti del sangue in cellule sarcomatose a contatto del virus di Rous.

In condizioni sperimentali deve variare il fattore specifico. In condizioni naturali, agiscono nello stesso senso le irritazioni continue, alcune delle quali sono già bene individuate: il catrame e gli olii di paraffina.

Tutto porta a credere che il virus viva e si moltiplichi entro le cellule.

Esso è stato fotografato da un altro studioso, J. E. Barnard. Già da lungo tempo si era riconosciuto che la luce comune, a motivo delle lunghezze delle sue onde, non permette di differenziare grandezze microscopiche inferiori a un certo limite, μ 0,35. Era stato proposto, perciò, di valersi della luce ultravioletta, le cui onde sono più brevi. In questo stesso giornale fin dal 1904 (p. 545) Verney faceva una proposta concreta e indicava i dispositivi per provvedere alla fotografia (vetro di quarzo) in luce ultravioletta, per la quale l'occhio umano è cieco.

Questi dispositivi sono stati realizzati nel *National Institute for Medical Research* di Hamptead (Londra) dal Barnard, il quale è riuscito a risolvere grandezze limiti di μ 0,075. Egli ha potuto, così, fotografare il virus della pleuro-polmonite dei bovini; poi ha fotografato anche il virus, molto più piccolo, dei tumori maligni, sia nei centrifugati, sia nei filtrati, sia nelle colture. Si tratta di corpi globulari, che si riproducono per gemmazione e che l'A. denota come « sferoidi ». L'ingrandimento è stato di 1800-2200 diametri (il che equivale ad un ingrandimento in superfice quadruplo dei massimi ingrandimenti utili alla luce visibile).

Le ricerche del Gye e quelle del Bernard, tra loro coordinate, dànno l'impressione di essere state condotte con serietà e interpretate con prudenza. Esse aprono la via a nuove conquiste nel campo dell'eziologia, la quale, come al solito, condiziona la profilassi e la cura.

Queste ricerche possono considerarsi come un successo del « Consiglio per le ricerche mediche », il quale ha promosso con grande vigore le ricerche d'ordine scientifico nel campo della medicina, sovvenzionando senza economia gli studiosi e fondando nuovi Istituti e Laboratori.

Esse rispondono alle nuove direttive della politica colturale dell'Inghilterra, ove si è compresa tutta l'importanza che spetta alla ricerca scientifica, e vanno moltiplicandosi tutti i mezzi di studio.

R. B.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

Le false appendiciti e la membrana di Jackson.

Patogenesi e terapia chirurgica.

(P. BOHEME. *Arch. franco-belges de Chir.*, novembre 1924).

Accade spesso in chirurgia di asportare un'appendice sana in individui nei quali esisteva una sindrome appendicolare completa subacuta o cronica. In questi casi l'appendicectomia è di nessun vantaggio per l'infermo. Talora anche l'attacco acuto di appendicite è determinato da lesioni pregresse svariate, che hanno prodotto stasi cecale che esalta la virulenza dei germi intestinali e che devono essere curate se si vuol togliere la causa prima del male.

L'A. è dell'opinione che le incisioni piccole per la cura dell'appendicite non sieno sufficienti perchè non ci permettono di esplorare ampiamente la fossa iliaca, il cieco, che può essere mobile o mal fissato o può presentare membrana di Jackson, l'ultima ansa del tenue che può essere piegata ad angolo, ecc., tutti fattori di stasi, di dolori, di appendicite.

Durante l'operazione di appendicectomia si deve esplorare prima di tutto l'*appendice*, che in ogni caso deve essere tolta; il *cieco* che deve essere liberato, quando esista, da un velo membranoso congenito, o da aderenze infiammatorie, o fissato se troppo mobile; l'ultima ansa del *tenue*, che può presentare angoli, o essere a canna di fucile col cieco. Si deve anche risalire lungo il colon ascendente, che può essere cronicamente infiammato, indurito o ptosico o imbrigliato da formazioni congenite del genere della membrana di Jackson, o infiammatorie, come nella pericolite membranosa. Si deve esplorare la pelvi per scoprire lesioni annessuali antiche o lesioni di ovarite sclerocistica.

L'A. ferma particolarmente l'attenzione sulla membrana di Jackson, della quale ricorda la patogenesi.

Dapprima si credette questa membrana d'origine infiammatoria; ma questa teoria fu respinta da Duval per i caratteri morfologici della membrana stessa: velo sieroso, omogeneo, a vasi paralleli in situazione costante.

La teoria meccanica di Lane della ptosi che riescirebbe a costituire delle briglie e delle angolazioni di difesa è rimasta come una semplice ipotesi.

La teoria congenita sembra la più importante: la membrana di Jackson sarebbe l'estremità la-

terale della fascia di Toldt o fascia d'accollamento mesocolico destro distesa e deformata da una cattiva fissazione e da aumento di calibro del colon destro: è un legamento parietocolico congenito al disotto del quale si svilupperebbe il colon.

Le briglie che si notano nella membrana sono di due sorta: alcune hanno la stessa origine della membrana stessa e sono semplicemente tratti più resistenti di essa; altre sono secondarie e dovute a retrazioni infiammatorie della membrana sotto l'influenza della periviscerite da stasi. Queste sono opache, retrattili, tese e aderenti alla sierosa viscerale, mentre le prime non sono aderenti e sono elastiche.

Però la membrana anatomica di per sè sola non sarebbe capace di dare disturbi se non si aggiungesse la ptosi ceco-colica, che è intimamente legata alla formazione della membrana stessa. La ptosi, difatti, porterebbe alla stasi intestinale, alla periviscerite, alla retrazione della membrana, la quale aggraverebbe a sua volta la stasi. Si costituirebbe così un circolo vizioso e la membrana patologica di Jackson avrebbe una patogenesi mista: congenita e infiammatoria.

L'A. consiglia l'asportazione della membrana di Jackson ogni qual volta essa si riscontri all'atto operativo, anche se non abbia ancora dato luogo a disturbi, perchè potrebbe darli in seguito e l'estirpazione è in primo tempo più facile, in quanto non esistono aderenze e non c'è timore che queste si producano dopo l'intervento. Atto accessorio all'asportazione della membrana è la colopessia per provvedere alla ptosi.

Quando si asporta una membrana di Jackson alterata, che presenti aderenze coll'intestino, queste fatalmente si riprodurranno, nonostante la fissazione e l'asportazione completa. In questo caso si deve porre sulla sierosa viscerale irritata o distrutta un innesto di sierosa sana, per il quale l'A. adopera un innesto epiploico libero. Questo sistema, che non è certo l'ideale, avrebbe dato, però, buoni risultati. G. MATRONOLA.

Ernia diaframmatica non traumatica dello stomaco attraverso l'hiatus esofageo.

(MORRISON. *Journal of American medical Association*, 3 gennaio 1925).

Studiando radiologicamente gli ammalati sospetti di ulcera dello stomaco, l'A. aveva già nel 1922 osservato 12 casi di ernia diaframmatica non traumatica del fondo dello stomaco attraverso l'hiatus esofageo.

Da allora ne ha osservato altri 30 casi, cioè in complesso 42 osservazioni su circa 3500 ammalati inviati all'esame radiologico per ulcera gastrica.

La malattia è rara: Beclère ne riporta 2 casi su 5000 ammalati di stomaco e Mac Millian solo 3 su 15,000 gastropazienti studiati radiologicamente. La diagnosi è solo possibile per mezzo della radioscopia e le piccole ernie sono anche di difficile diagnosi radiologica.

Nei casi riportati l'età varia da 6 a 76 anni, la malattia predomina nel sesso femminile e nei tipi iperstenici.

Lo studio radiologico deve essere fatto dapprima in posizione eretta e secondo due piani: un piano antero posteriore ed un piano obliquo.

Solo in 4 casi fu possibile riscontrare la bolla d'aria gastrica sopra il diaframma. In 3 si vedeva in modo molto evidente sopra ed a sinistra dell'ombra cardiaca.

La bolla d'aria può essere più evidente osservando in posizione obliqua attraverso il mediastino posteriore.

Osservando quindi il paziente in posizione supina è possibile rilevare che il riempimento dello stomaco non si fa solo sotto il diaframma, come normalmente, ma anche sopra di esso. Questo reperto radiologico si può anche avere quando vi è un largo hiatus esofageo senza ernia dello stomaco, ma solo con una estroflessione della sierosa peritoneale con una disposizione che ricorda una tasca del peritoneo attraverso un largo anello inguinale.

Invitando l'infermo a fare una profonda ispirazione l'ernia si fa radiologicamente più evidente. Anche la posizione di Trendelemburg favorisce il riempimento della tasca sopradiaframmatica.

Clinicamente il sintoma più costante, è il dolore localizzato non all'epigastrio ma all'epifisi ensiforme.

Tutti i casi osservati dall'A. erano stati mandati al radiologo con diagnosi clinica di ulcera gastrica o duodenale o di colelitiasi. Un ammalato era stato operato dapprima di appendicectomia e poi di colecistectomia, senza alcun risultato circa il dolore localizzato alla apofisi ensiforme. Una radiografia fatta secondo la tecnica descritta mise in evidenza un'ernia diaframmatica del fondo dello stomaco attraverso l'hiatus esofageo.

In generale gli ammalati hanno una storia clinica che si avvicina molto alla ulcera gastrica o alla colecistite, e specialmente rigurgito di residui indigeriti durante la notte, con iperacidità.

Nei bambini che si presentano con la sintomatologia suddetta bisogna studiare radiologicamente il fondo dello stomaco prima di pensare, come comunemente accade, ad una ostruzione pilorica.

In 5 casi riferiti dall'A. fu praticata la cura chirurgica con buoni risultati. Essa consiste nel ridurre l'ernia nella cavità addominale, liberare il fondo dello stomaco dalle aderenze con l'hiatus diaframmatico e restringere questo per evitare la riproduzione dell'ernia. Sebbene nei casi operati l'intervento sia stato praticato per via addominale tale tecnica è molto difficile per potere raggiungere la cupola del diaframma onde l'autore crede che in certi casi si debba preferire la via toracica. La radiografia determinando la sede e la estensione dell'ernia può indicare anche quale sia la migliore via d'intervento.

VIOLATO.

Intorno al trattamento operativo delle emorroidi.

(MÜHSAM (Berlin). *Deut. Med. Woch.*, n. 29, 18 luglio 1924).

L'A. dopo aver premesso, che dei tre metodi i quali oggi si contendono il trattamento chirurgico delle emorroidi, e per i quali non c'è ancora accordo fra i chirurghi, egli, come pure molti altri, in Germania e all'estero, preferisce la cauterizzazione alla Langenbeck. L'A. si occupa della preparazione del paziente prima dell'operazione; in tutti i casi salvo in quelli, in cui sia necessario l'intervento d'urgenza: dieta leggera e liquida, purganti, tintura d'oppio, bagno e tricotoma nella regione. L'A. pratica la cauterizzazione coll'anestesia locale (novocaina, tutocaina) iniettata convenientemente nei contorni dell'ano e nello spessore della sottomucosa, in modo da ottenere nello stesso tempo un conveniente rilassamento dello sfintere, indispensabile per metter bene in evidenza i nodi interni e per evitare l'immancabile tenesmo doloroso, dopo l'operazione.

Segue un'accurata descrizione, sullo svolgimento della cauterizzazione, e con quali accorgimenti si deve procedere sia nel pinzettamento che nella cauterizzazione dei noduli (quest'ultima deve farsi lentamente, onde evitare qualsiasi emorragia). Così pure prudente dev'essere l'estrazione della pinza a foglia di Langenbeck, al fine di non staccare le escare.

Dopo l'operazione: drenaggio; per cinque giorni l'alvo deve esser tenuto chiuso, dieta liquida, al sesto olio di ricino e possibilmente la prima defecazione sarà fatta, immergendo le natiche in un bacino con acqua calda; dopo alcuni giorni i malati potranno alzarsi mentre le superficie granulanti verranno coperte con unguento con sali di argento.

Questo trattamento si adatta per tutte le forme di emorroidi esterne, interne, incarcerate, cangrenose e infette, specialmente per queste ultime ne conseguono grandi vantaggi, a confronto del trattamento cruento, evitandosi durante l'operazione qualsiasi penetrazione in circolo di germi

L'A. non ritiene buono il procedimento mediante la legatura elastica praticata da Dittel e Zuckerkandl, poichè doloroso e passibile d'infezione.

Migliore l'asportazione, dopo legatura del peduncolo, specialmente trattandosi di nodi isolati. Viene brevemente descritta l'escissione totale alla Whitehead, seguita spesso da stenosi cicatriziali, ma che però è indicata in caso di concomitante prolasso del retto.

Segue da ultimo una statistica generale, su quelle prese da varî autori, dalla quale risulta che il minor numero di inconvenienti e la più rapida guarigione si ottenne mediante la cauterizzazione.

R. M.

RADIOLOGIA ED ELETTROTERAPIA.

Le degenerazioni del mioma uterino nei rapporti dell'actinoterapia.

(SPINELLI MAMELI. *L'Actinoterapia*, Napoli, anno 1924, vol. IV, n. 9, pag. 401).

L'A. analizza la morbilità del mioma, da cui deriva la sua scarsa resistenza alla *vis medicatrix naturae* ed alla forza curativa dei raggi X e gamma.

Come le reazioni istologiche del mioma nei periodi di attività funzionale delle glandole utero-ovariche riescono favorevoli all'azione curativa dei raggi X o gamma, così le degenerazioni del mioma, che per lo più non sono altro che momenti differenti dei processi involutivi del tumore, danno più facile e rapida presa agli effetti disintegrativi e risolutivi dei raggi sugli elementi neoplastici.

Nel processo comunemente chiamato *degenerazione fibrosa* del mioma, l'A. non vede che uno dei mezzi di reazione e di difesa dell'organismo, e particolarmente dell'utero contro il mioma parassita.

Il mioma dell'utero sorge con decisi caratteri di proliferazione attiva, ma questa sua attività è contenuta dai tessuti di difesa, i quali appartenendo ad un organo glandolare endocrino ed esocrino con elevati poteri formativi, quali è l'utero, godono di un'energica forza di reazione, che in molti casi finisce anche col soffocare e distruggere il tumore stesso.

La difesa organica si esplica particolarmente con la reazione dei connettivi, i quali fin dal principio circuiscono e separano il nucleo neoplastico dai tessuti normali dell'utero, e cercano, nello svolgimento ulteriore, di distruggerlo per mancanza di nutrimento. La degenerazione

fibrosa del mioma, in ultima analisi, non rappresenta che il processo di guarigione spontanea del tumore.

Partendo come base dalla legge biologica studiata da Champy, sullo equilibrio dei tessuti nell'organismo normale e sulla eventuale rottura di detto equilibrio, l'A. svolge ampliamente e profondamente il processo di reazione connettivale di difesa contro il mioma, appoggiandosi alle sue ricerche isto-patologiche e sugli studi di altri autori. La degenerazione fibrosa del mioma è la causa dei processi di disintegrazione del tumore. Ed il tessuto neoformato, a sua volta, è soggetto successivamente a fenomeni degenerativi. Così, sia nella fase neoformativa del mioma e del tessuto fibromatoso, sia nella fase degenerativa, il miofibroma presenta condizioni di radiosensibilità accentuata, che spiega sufficientemente il processo di guarigione che si ottiene con l'actinoterapia.

Durante l'evoluzione del tessuto connettivale e l'involuzione del tessuto miomatoso, possono intervenire degenerazioni di complicazione, come la degenerazione edematosa e quella telangectasica. Nella degenerazione edematosa sono essenziali l'alterazione e la dissociazione delle fibre muscolari e l'aumento del numero dei vasi, di cui la maggior parte sono vasi giovani, ridotti ad una semplice parete endoteliale di aspetto embrionale. La disintegrazione delle fibrocellule muscolari e la neoformazione vasale sono le condizioni istologiche della radiosensibilità dei miofibromi in questa fase degenerativa. L'A. si ferma sulle alterazioni della mucosa uterina in siffatta degenerazione del miofibroma e dimostra che anche nella mucosa, oltre alla iperplasia glandolare e del derma mucosa, si nota una proliferazione vasale a struttura embrionale. Ci si trova, dunque, anche qui, innanzi a vasi neoformativi che clinicamente ci spiegano la sintomatologia metrorragica e dal punto di vista actinoterapico spiegano la radiosensibilità della mucosa nelle applicazioni intrauterine di radio.

Nella degenerazione telangectasica, i vasi presentano una struttura embrionaria, con parete formata da un semplice endotelio che poggia sullo stroma, in prevalenza costituito da fibrocellule muscolari lisce. Molti autori, hanno attribuito un carattere sarcomatoso all'angiomioma. La difficoltà della diagnosi istologica deriva principalmente da imperfezione di tecnica; infatti con le comuni colorazioni non si può bene interpretare il preparato istologico, e si pensa a delle trombosi neoplastiche sarcomatose, mentre che con la colorazione con la tionina si può seguire l'evoluzione delle cellule endoteliali e sorprenderle nella loro fase vasoformativa.

Nella degenerazione fibrosa del mioma non è infrequente osservare la degenerazione calcarea e la necrosi del fibroma. Dal punto di vista actinoterapico è di poco interesse la trasformazione calcarea, perchè quando è pressochè totale, non rientra nella indicazione actinoterapica, e quando è iniziale o parziale si confonde con la degenerazione fibrosa, nella quale l'infiltrazione calcarea è una complicazione piuttosto frequente. La complicazione necrotica è abbastanza frequente. La patogenesi è essenzialmente vascolare; se l'endoarterite arriva all'obliterazione del vaso, l'ischemia che ne consegue provoca una necrobiosi da difetto di nutrizione. È facile comprendere che nei tumori in siffatta disintegrazione, l'azione dei raggi X o gamma si manifesti con una stimolazione neoformativa sui tessuti connettivali dell'utero, e con una eccitazione fagocitaria, onde una infiltrazione del focolaio mortificato e una più facile disgregazione e riassorbimento, quando non riesca addirittura ad una accelerazione del processo di deliquiscenza, che può predisporre alla suppurazione.

L'A. crede che in questi casi di focolai necrotici bisogna preferire le dosi eccitanti da raggi X, anzichè dosi massiccie. E per la indicazione delle dosi di raggi è di somma importanza la diagnosi clinica di siffatta complicazione, che per quanto difficile, non è impossibile a farsi.

Delle degenerazioni cistiche del miofibroma, quelle benigne, di origine da residui di organi embrionali (corpo di Wolf, canale di Müller) dovrebbero risentire favorevolmente l'azione dei raggi X o gamma, per la costituzione epiteliale del rivestimento delle cisti; quelle dipendenti da focolai necrobiotici rientrano nelle complicazioni della degenerazione fibrosa; infine le degenerazioni cistiche che sono delle complicazioni disintegrative di miosarcomi, rientrano nella degenerazione sarcomatosa dei fibromiomi.

La radiosensibilità del mio-sarcoma dovrebbe essere in rapporto delle varietà isto-patologiche del sarcoma. Infatti, i sarcomi globo-cellulari (a piccole cellule rotonde) sono i più radiosensibili; i globofuso-cellulari lo sono meno, e meno ancora i fuso-cellulari. Dalle statistiche risulterebbe che il 45,8 % dei mio-sarcomi appartengono alla varietà fuso-cellulare, il 54 % alla varietà mista globo-fuso-cellulare, e solo il 20 % alla varietà globo-cellulare. Pertanto i risultati clinici dell'actinoterapia dei miomi sospetti di degenerazione sarcomatosa sono costantemente favorevoli, secondo Seitz e Wintz. Ciò porterebbe ad ammettere che i mio-sarcomi, qualunque sia la varietà istopatologica, godono di una radiosen-

sibilità squisita, perchè sorti dall'utero che è un organo particolarmente radiosensibile.

In quanto alle due varietà di carcinomi che possono complicare il mio-fibroma, quello della mucosa uterina e quello a sviluppo centrale primitivo nel mio-fibroma, esse non cambiano i termini del problema actinoterapico che nelle dosi di raggi da somministrare, in quanto che le dosi che sono richieste per guarire il carcinoma sono più che sufficienti per distruggere il miofibroma. Ne risulta la condanna dei metodi che si progongono di curare indirettamente il mio-fibroma con la castrazione ovarica o che, pure irradiando l'utero, somministrano dosi non sufficienti a curare il neoplasma maligno.

L'A. conclude che in ogni miofibroma bisogna pensare alla possibilità di una degenerazione maligna anche iniziale, e somministrare in ogni caso sul tumore delle dosi forti, secondo il suo metodo di actinoterapia integrale, per fare una cura veramente utile ed efficace.

S. A.

Sulla cura elettrica del gozzo esoftalmico.

(PORTRET e HELIE. *Journ. de Radiologie*, n. 2, 1925).

L'A. fa notare come la varietà nella cura di questa malattia sia, essenzialmente, dovuta alla diversità dei sintomi e prende in esame il trattamento chirurgico, il medico e la fisioterapia.

Quanto alla cura chirurgica fa rilevare come debba essere eccezionale (legatura delle arterie tiroidee, tiroidectomia e simpaticectomia) essendo molto elevata la mortalità ed i risultati molto dubbi. In Francia tale metodo è quasi del tutto abbandonato.

La cura medica è puramente sintomatica. Sono stati usati con incerti risultati, il salicilato di soda (Chibret), i sali di chinina (Laucereant) e lo iodio in preparazioni molteplici.

L'organoterapia ha dato, alle volte, buoni risultati dopo una lunga cura. In Svizzera si è usato il latte di capra a cui è stata asportata la tiroide ed in Francia la ematoetiroidina.

L'opoterapia tiroidea troppo spesso e largamente usata è stata del tutto abbandonata per l'aggravamento a cui andavano soggetti i pazienti. Al contrario l'opoterapia ipofisaria e soprattutto l'opoterapia ovarica (Couland) è stata con vantaggio indiscusso, usata spesso. L'A. ricorda come a torto si sia abbandonata l'elettroterapia e sia stata messa in evidenza l'importanza della radioterapia nel trattamento di questa affezione.

Fa la storia di questo metodo di cura e divide il trattamento elettrico in generale e locale. La cura generale consiste in applicazioni di elettricità statica, ad alta frequenza, in bagni elettrici; la locale in applicazioni di corrente faradica (metodo Vigouroux), di corrente galvanica, di corrente galvano-faradica. La *Faradizzazione* è stata molto raccomandata da Charcot, Vigouroux, Dubois, Desplats, ecc. I buoni risultati di tale applicazione sono largamente illustrati nella tesi del Le Filiàtre (1900). Quanto all'azione delle Faradizzazioni ricorda come si manifesti con un miglioramento generale; il sonno migliora, si modifica l'irritabilità e l'agitazione, mentre diminuisce il tremore. L'intumescenza regredisce, la tachicardia è meno accentuata, l'esoftalmo migliora lentamente. La corrente galvanica è stata usata all'estero da Remak, Eicchorst, Eulenbourg, ecc. In Francia le prime osservazioni sono dovute a Bardet e a Joffray (1894). Nel 1921 Foubert ha studiato, nella sua tesi, la galvanizzazione addomino tiroidea nel trattamento delle sindromi d'ipertiroidismo dimostrando i risultati buoni avuti dalla corrente galvanica applicata sola o combinata con altri metodi.

La corrente continua esercita un'azione accentuata sul volume del gozzo; le condizioni generali migliorano rapidamente ed il paziente aumenta di peso; scompaiono i tremori, le turbe vaso-motorie, i disturbi mestruali.

L'esoftalmo resiste a lungo a simile trattamento mentre la tachicardia che è il sintoma più serio ed allarmante, migliora rapidamente.

Nella galvano-faradizzazione (Delherm, Laqueriere, Morel, Weil, Castex) i vantaggi delle due cure si associano. Non esistono punto controindicazioni all'applicazione delle correnti elettriche. Non vi è nulla da temere per le paratiroidi e si è completamente al sicuro dallo shock, emorragia, infezione, mixoedema. Le lesioni cutanee, le escare tanto temute dal Vigouroux con la corrente galvanica si debbono, essenzialmente, attribuire a difetti di tecnica (difettose applicazioni degli elettrodi, intensità troppo forte della corrente).

Tecnica. L'istrumentario si riduce ad una sorgente di corrente continua da 60 a 100 volts. L'arrivo e l'intensità della corrente viene graduata con un reostato. I due elettrodi spesso sono immersi nell'acqua tiepida; sono poi situati nella regione anteriore del collo (cm. 10 di lunghezza per 7 cm. di altezza) ed è l'elettrode attivo, il negativo; l'altro, più largo (cm. 20 per 15 cm.) è situato tra le due spalle.

Intensità. Nelle prime sedute l'intensità non supera 5-7 m. A. e la durata dell'applicazione è di 10 minuti. Saggiando la sensibilità cutanea (la pelle è tanto più sensibile quanto più il soggetto è stato curato antecedentemente specie coi raggi X) si giunge nella seduta seguente a 15 m. A. per 20 minuti. Si fanno tre sedute per settimana; dopo 20 sedute riposo per un mese.

Alle volte è necessaria una seconda serie di applicazioni; spesso anche una terza. Si può calcolare che, in media, la cura completa dura da 8 a 10 mesi.

Riassumendo, l'A. riferisce su due gruppi di esperienze; a seconda cioè che i pazienti sono stati trattati o con l'elettroterapia sola o con tale metodo associato ai raggi X. Nei 20 pazienti curati con la sola elettroterapia è venuto alle seguenti conclusioni:

1) miglioramento accentuato delle condizioni generali. Inoltre ha notato:

2) Diminuzione della tachicardia e dell'aritmia nel 75.8 %.

3) Diminuzione del tremore nell'81.2 %.

4) Azione sull'esoftalmo nel 45.2 %.

5) Miglioramento dello stato generale e delle turbe nervose nel 90 %.

Nei 10 casi trattati con l'elettroterapia dopo insuccesso della cura radioterapica, l'A. ha notato, sempre, miglioramento accentuato nella sindrome.

Conclude affermando che:

1) L'elettroterapia è stata, a torto, abbandonata. La sua efficacia è paragonabile a quella dei raggi X.

2) Che l'associazione delle due cure, elettroterapica e radioterapica, quasi sempre riesce efficace.

3) Che con l'elettroterapia, data la sua innocuità, si debba iniziare il trattamento del gozzo esoftalmico.

T. LAURENTI.

Radiumterapia del cancro esofageo.

(JENTZER. *Jour. de Radiologie e d'Electrologie*, 1924, n. 12).

Riporta l'opinione di Guisez nella gastrostomia che non apporterebbe risultati soddisfacenti nei casi di cancro dell'esofago mentre produce delle vere risurrezioni nelle stenosi cicatriziali gravi. Tranne che per il cancro del cardias, nelle altre localizzazioni l'applicazione è stata fatta per mezzo del portaradio automatico. Hanno fatto delle irradiazioni con 34 mgr. di bromuro di radio lasciandolo 24 ore nella parte inferiore, media e superiore del tumore (72 ore). Dopo l'applicazione hanno notata un'elevazione termica fino a 39 per uno o due giorni. Nei malati con esofagite si può facilmente correre il rischio della perforazione per cui seguono il consiglio di Guisez di far praticare dei lavaggi esofagei con bicarbonato di soda al 2 %. Dopo l'applicazione radifera praticano delle dilatazioni progressive, due volte la settimana.

Ha trattato 16 casi di cui 15 con la tecnica comune; in uno con localizzazione nel cardias, l'applicazione è stata fatta dalla parte superiore per la bocca e della inferiore per mezzo d'una gastrostomia. In uno si è verificata la rottura del filo di seta che teneva il tubo radifero per cui si è intervenuto d'urgenza con la gastrostomia. In qualche caso si verificò la perforazione. Tutti vennero a morte nello spazio di pochi mesi avendo qualche transitorio miglioramento nella deglutizione. In un solo caso, morto per broncopulmonite, l'esame anatomo-patologico praticato da Ackanazy dimostrò la guarigione quasi completa del carcinoma primitivo dell'esofago e che il tessuto necrosato, infiammato, aveva favorito l'infezione del polmone destro. Il neoplasma continuava a crescere nelle metastasi specialmente epatiche.

Nelle conclusioni confermano l'idea di Guisez che la gastrostomia non ha prolungato che di qualche settimana la vita degli infermi con disfagia assoluta; che i raggi gamma favoriscono la perforazione tracheo-bronchiale; nei casi più favorevoli la sopravvivenza è stata al massimo di un anno.

BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

R. LUTEMBACHER. *Les troubles fonctionnels du coeur.* Masson, ed. Fr. 45.

I disturbi funzionali del cuore possono essere conosciuti, a patto di una esatta nozione non solo del muscolo cardiaco, ma del fascio conduttore, dei nervi extracardiaci, vago e simpatico; lo studio anatomico e fisiologico dei singoli elementi che costituiscono i meccanismi di comando e di regolazione dell'azione cardiaca, mettono lo studioso in grado di comprendere i disturbi funzionali del fascio primitivo (eccitabilità e conducibilità: le aritmie), i disturbi di contrattilità (asistolia), le sindromi dolorose (l'angina di petto). Le prime due parti del volume sono dedicate a questo scopo. La terza parte è dedicata alla clinica seguendo l'analisi e l'identificazione del disturbo nel malato. Una quarta parte tratta della misura dello stato funzionale del cuore per quanto è possibile coi moderni metodi di indagine; l'ultima parte utilizza la messe di cognizioni raccolte per l'uso dei medicamenti cardiaci.

Ho voluto riportare il sommario, ordinato e logico, del libro, perchè risulti chiaramente che esso costituisce un vero trattato di cardiologia moderno; mancano i vecchi capitoli classici dei vizi cardiaci, diagnostica troppo amata dai vec-

chi cardiologi, che forse per qualche tempo nascose al medico il punto nodale delle malattie cardiache, i disturbi funzionali, la capacità lavorativa del cuore. Il libro di Lutembacher è una magnifica e lucida sintesi delle conquiste di questo ultimo decennio, esso è chiamato dall'A. una introduzione alle malattie di cuore, e l'espressione è giusta dal punto di vista didattico, ma dal punto di vista pratico i disturbi funzionali del cuore rappresentano ai nostri occhi la parte più importante per il medico, la guida reale della prognosi e della terapia.

Il volume, ricco d'illustrazioni (297 figure su 520 pagine), sarà di grande vantaggio allo studente e al medico pratico.

T. PONTANO.

LEONE LATTES. *La individualità del sangue nella biologia, nella clinica e nella medicina legale.* Editore Principato, Messina, pag. 172.

Nel campo dei moderni studi sull'individualità del sangue umano e sulle applicazioni scientifico-pratiche che dalle nuove ricerche sono sgorgate, il nome del Lattes non giunge a noi nuovo.

Indagini sull'utilità clinica dell'agglutinazione specifica individuale, sulla prova di isoagglutinazione, sui fattori dell'isoagglutinazione, dell'emoimpilamento, ecc., furono oggetto di numerosi lavori che ad opera dell'A. videro la luce negli ultimi tre lustri.

Data quindi la competenza del Lattes, non ci reca meraviglia veder condensate sì, ma con precisa chiarezza esposte in uno con le proprie ricerche, quanto di meglio la letteratura mondiale ci ha fatto conoscere sulle reazioni specifiche di individualità del sangue, sull'isolisi, sui gruppi sanguigni, ecc. E questi capitoli, come gli ultimi riguardanti l'individualità del sangue nell'applicazione clinica e medico-legale (trasfusione, ricerca della paternità, diagnosi delle macchie, ecc.) utilmente vengono letti e consultati dagli studiosi dell'argomento.

Una bibliografia — forse completa — chiude il volume, citando centinaia di lavori.

MONTELEONE.

P. E. WEILL e P. ISCH-WALL. *La transfusion du sang.* Masson, édit. Paris, 1925, pag. 248. Fr. 20.

Monografia completa sull'origine, sulla natura, sulla tecnica e sulle indicazioni della trasfusione di sangue.

Come gli altri AA. francesi che negli ultimi anni si sono occupati di tal mezzo terapeutico, Weill ed Isch-Wall entusiasti dei risultati ottenuti ne difendono l'applicazione non solo negli stati emorragici, diciamo così, chirurgici, non solo negli stati emorragici « medici » ma, anche esaltano i vantaggi che dall'uso della trasfusione « de façon courante » il medico può trarre quale agente di normale terapia e non come operazione « in extremis » nelle varie infezioni.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 31 maggio 1925.

Presidenza: prof. E. PIANESE, presidente.

Il diverticolo di Meckel e l'ulcera peptica.

Prof. PASCALE GIOVANNI. — L'O. presenta ed illustra il reperto anatomopatologico relativo ad un infermo da lui studiato ed operato nella Clinica chirurgica di Napoli, da lui diretta, consistente nella presenza di un diverticolo intestinale ed, in esso, di una ulcera rotonda pregressa e guarita, come potè desumersi dall'esame istologico.

In altri otto casi, studiati precedentemente, è stato riscontrato questo stesso reperto, talvolta soltanto casualmente, all'autopsia, talaltra, invece, in seguito ad interventi per peritonite o per enterorragie più o meno gravi.

Studiando minutamente la struttura della mucosa del diverticolo, sede del processo morboso, si è riscontrata in essa la presenza di isolotti di mucosa a tipo gastrico, ed a ciò si è attribuita la paternità dell'ulcera, donde il nome di *ulcera peptica*, che ad essa è stato dato e conservato da tutti gli altri osservatori.

Tale presenza di mucosa aberrante, specialmente nel diverticolo, è stata variamente interpretata; l'O. pensa però che essa debba essere considerata come un fatto embrionario, consecutivo a mancata obliterazione del diverticolo, il quale, in conseguenza di tale mancata obliterazione, può andar soggetto a svariate lesioni di ordine meccanico od infiammatorio, ed infine all'ulcera rotonda che fino a non molto tempo addietro, si riteneva esclusiva dello stomaco.

Circa la patogenesi di questa ulcera peptica, vigono le stesse questioni e le stesse incertezze che per l'ulcera duodenale. L'O. pensa che il processo patogenetico sia molto complesso e che alla genesi dell'ulcera possano contribuire parecchi fattori, fra cui principali l'alterata funzione della mucosa e la sua menomata resistenza di fronte a fattori diversi vasali, nervosi, tossici, nicotici, e l'azione locale del succo gastrico. L'uno e l'altro fattore si completano, come, d'altra parte, i fattori meccanici locali possono favorire l'inizio della malattia. Quanto è detto sopra dà ragione di tre fatti clinici indiscussi, quali sono la possibile guarigione spontanea, la mancanza di reazione da parte del

tessuto circostante, la cronicità del processo, il carattere accessionale, la facilità della recidiva.

La diagnosi della lesione e la diagnosi differenziale da altre affezioni sono molto difficili, almeno per ora, non esistendo prima del presente casi studiati clinicamente con questo indirizzo preconcetto. Per ora può dirsi che esse debbono fondarsi su tre sintomi principali, e cioè sul dolore costante in sede caratteristica, sulla mancanza di febbre durante tutto il lungo decorso della malattia, sulla presenza di enterorragie più o meno gravi, sulla costante assenza di ematemesi. La prognosi è sempre grave, sebbene esistano casi di guarigione spontanea, la cura è esclusivamente chirurgica e consiste nella resezione intestinale.

Sugli attributi di grado usati dai docenti dello studio generale desunti da monumenti e stampe napoletane.

Prof. MAURIZIO MASTROLILLI. — Dall'esame di alcuni monumenti, dipinti, ecc. in cui sono effigiati medici napolitani in toga dal sec. XIII al sec. XVI, viene alla conclusione che le diversità, le quali si riscontrano nelle toghe e nel resto degli abbigliamenti, indicano differenze di grado secondo che gl'insigniti erano semplici lettori, oppure componenti del Collegio dei dottori, conti palatini, o grandi ufficiali dello Stato. Dimostra che gli onori, di cui usufruivano i medici erano dipendenti da leggi normanne e bizantine, e che lo Studio generale fu, non fondato, ma riformato da Federico II, non essendo esso altro che l'antico ginnasio napolitano preesistente ad Augusto, riconosciuto da Claudio, governato da Tito, e distrutto all'epoca di Ferdinando il Cattolico.

A. CHISTONI.

Società Medica di Parma.

Seduta del 27 marzo 1925.

Nuovo modello di reggi-poppatojo igienico.

O. COZZOLINO. — Presenta un modello di reggi-poppatojo che può essere facilmente fissato alla lettiera in modo da mantenere il poppatojo a giusta portata della bocca del lattante.

Un nuovo mezzo per rendere visibile ai raggi X l'uretere e le pelvi renale.

A. ROSSI. — Propone l'impiego dell'Iodoleum, il quale ha i seguenti vantaggi su tutti gli altri mezzi adoperati nella pielografia: imagini di opacità più marcata, completa e persistente, mancanza di reazione dolorosa o molesta, febbrile, a tipo di colica tardiva; assenza di tossicità, lenta eliminazione.

Sul raro reperto nell'uomo di un bacillo acido resistente, patogeno per gli animali a sangue freddo.

G. BONATI. — Dichiara di aver isolato direttamente da un uomo clinicamente tubercoloso, un bacillo acido-resistente che presentava tutti i caratteri del bacillo tubercolare degli animali a sangue freddo; che questo bacillo si dimostrò molto patogeno per le rane e le salamandre e produsse nei tessuti di questi animali lesioni simili al tubercolo umano; non si dimostrò mai patogeno per le cavie, che i suoi caratteri non cambiarono con successivi passaggi dagli animali a sangue caldo agli animali a sangue freddo e viceversa.

Indagine radiologica in un caso di perigastrite.

G. PESCATORI. — In un paziente inviatogli con sospetto di neoplasma gastrico, potè osservare coll'indagine radiologica che l'imagine gastrica era quella di uno stomaco a cascata, che colla pressione sulla piccola curvatura in corrispondenza di una tumefazione percepibile colla palpazione all'epigastrio e assai poco mobile, si risvegliava intenso dolore, che con un radiogramma a paziente prono la piccola curvatura presentava un limite sfrangiato, che lo stomaco nelle varie posizioni rimaneva immobile. Ne deduce quindi, escludendo ogni altra ipotesi, che si trattasse di perigastrite adesiva, probabilmente da pregressa ulcera, e che il tumore fosse di natura infiammatoria. L'atto operatorio dimostrava la giustezza di questa proposizione.

Due localizzazioni rare del sifiloma iniziale extragenitale.

A. GENNARI. — Descrive due casi di sifilomi della lingua, uno in una ragazza di 28 anni, sito sulla superficie superiore, a destra della linea mediana; il secondo in un bambino di 11 mesi, localizzato sul frenulo della lingua; e ne discute la patogenesi.

Infezione umana da bacillo di Bang?

L. PONTICACCIA. — Espone in succinto le nozioni odierne sulla patogenità per gli animali e per l'uomo del bacillo di Bang, e si ferma a descrivere due casi occorsigli, in un veterinario e in un macellaio, di infezione presumibilmente contratta attraverso il diretto contagio con vaccine affette da aborto.

Discute sui caratteri clinici delle due manifestazioni morbose e sul valore da assegnarsi all'alto titolo di agglutinazione riscontrato per il b. di Bang e per il m. di Bruge. Formula poi il quesito se possa trattarsi di infezione maltese capace di provocare aborto negli animali e trasmissibile all'uomo direttamente per contatto, o di infezione da b. di Bang vero e proprio, per concludere che non è possibile allo stato attuale della questione di dirimere la controversia.

L. PONTICACCIA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo clinico alla questione delle peritoniti da perforazioni.

K. L. Schonbauer (*Acta Chirurgica Scandinavica*, vol. LVII, fasc. I-II) passa in rivista i casi di peritonite da perforazione curati nella clinica di Eiselsberg in questi ultimi 14 anni. Egli considera solamente i casi di: *a*) peritonite da perforazione di ulcera gastrica duodenale (48); *b*) i casi di peritonite di origine biliare (11); *c*) i casi di peritonite da appendicite perforata (143).

Riguardo al trattamento delle ulceri gastroduodenali perforate egli si dichiara partigiano della sutura dell'ulcera con G. E. posteriore; la resezione secondo Billroth II fatta in 13 casi ha dato una mortalità troppo elevata (5) per essere consigliabile nella maggioranza dei casi; la semplice sutura dell'ulcera unita eventualmente a una stomia del digiuno è anche più sconsigliabile per gli inconvenienti gravi a cui può dare origine e sopratutto per l'alta mortalità a cui dà luogo.

Nelle peritoniti di origine biliare ebbe 4 casi di peritonite senza perforazione della cistifellea e 2 di colecistite senza calcoli.

Per il trattamento delle peritoniti da appendiciti egli si dichiara partigiano del drenaggio tranne in casi eccezionali.

L'interesse principale del lavoro consiste nell'esposizione dei risultati ottenuti col trattamento delle peritoniti mediante lavaggio endoperitoneale con la soluzione di Pregl (a base di pepsina idroclorica). In 38 casi di peritonite da appendicite e in 9 casi di altra origine avrebbero ottenuto dei risultati notevolmente superiori a quelli che si erano ottenuti negli anni precedenti coi trattamenti ordinari con etere e soluzioni saline. Perciò l'A. ne consiglia l'uso come il migliore disinfettante naturale della cavità peritoneale.

V. GHIRON.

Le suppurazioni perinefritiche.

Hanno per lo più origine da suppurazioni pelviche o da focolai metastatici embolici; è invece contestata l'esistenza di ascessi perinefritici primarii. Generalmente l'ascesso perinefritico ha origine da un focolaio corticale, con rottura del focolaio nella capsula adiposa; la metastasi si osserva di solito dopo malattie infettive, come eczemi, paterecci, foruncoli, angine.

La sintomatologia varia a seconda del meccanismo patogenetico. Quando l'ascesso segue ad alterazioni della pelvi, si hanno sintomi urinarii già prima di quelli dell'ascesso. Le alterazioni urinarie si hanno anche nel caso di focolai metastatici e consistono in presenza di batterii, aumento di leucociti, disturbi funzionali a carico di un solo rene. Clinicamente, si ha sempre il quadro di un ascesso interno; localmente, i segni variano a seconda della sede della raccolta. La diagnosi precoce è tutt'altro che facile ed è possibile solo con tutti gli ausilii diagnostici, compreso il cateterismo degli ureteri e la cistoscopia. La puntura esplorativa, non sempre possibile, può essere utile. L'intervento deve essere naturalmente precoce.

Per ben comprendere il meccanismo di formazione di tali ascessi, occorre tener presente l'anatomia della regione, che K. Scheele (*Klinische Wochens.*, 1925, n. 19) così descrive. La fascia renale si può considerare come lo strato più esterno della capsula adiposa del rene ed è costituita da un foglietto anteriore e da uno posteriore riuniti in alto al diaframma ed imperfettamente congiunti in basso. Il tessuto cellulare adiposo retroperitoneale rimane così diviso in tessuto perinefritico ed in spazio paranefritico esterno. In quest'ultimo si formano le raccolte che hanno origine principalmente dall'appendice e dal colon, dal duodeno, dalle vertebre, dal fegato, dal pancreas, dalla pleura. E' eccezionale che tali raccolte passino nella loggia perirenale, perchè la capsula adiposa dei reni ha tendenza ad organizzarsi ed a limitare le suppurazioni quasi come il peritoneo e l'omento.

fil.

Il bismuto nella cura delle fistole e delle osteo-artropatie della tubercolosi.

I metodi consigliati da W. Lanza Montana (*Schw. med. Wochenschrift*, a. 54, n. 37) variano a seconda delle dimensioni delle fistole. Nelle grosse raccolte, egli inietta per mezzo di una siringa o di un catetere una sospensione di bismuto, evitando una eccessiva concentrazione per timore di avvelenamenti. Nei tragitti sottili usa delle bacchettine composte come segue: Sottonitrato di bismuto g. 15; burro di cacao g. 9; lanolina g. 1. Per circa 12 bacchettine, dello spessore di 3-8 mm. e della lunghezza di 5 cm. Ne occorre circa una dozzina per riempire una fistola, continuando il riempimento fino a che la resistenza della pasta od il senso di dolore e di tensione accusati dal malato indicano che lo stivamento è completo. L'introduzione deve essere eseguita con celerità e senza aiuto di strumenti, perchè la massa, nell'organismo, fonde rapidamente.

Allo scopo di impedire la fuoriuscita della massa, si chiude l'orificio della fistola con un tampone di garza, e si avrà cura di prendere subito dopo una radiografia. All'inizio della cura, quando i tragitti contengono ancora grosse masse di granulazioni flaccide e, di tanto in tanto, durante la cura stessa, sono consigliabili delle bacchettine di nitrato d'argento (30-40 cg.) con argilla bianca (g. 2) e burro di cacao (g. 8); la massa serve per 12 bacchettine.

La frequenza con cui va rinnovato il riempimento varia a seconda dei casi; lo si rifarà quando la massa è stata espulsa e la secrezione è diminuita.

L'istillazione viene fatta dall'A. nei giorni freddi e nuvolosi, facendo poi esporre le lesioni alla luce solare. Si deve aver riguardo a non serrare troppo il tampone per evitare la ritenzione che può dare dolori e febbre; qualche leggero aumento di temperatura si osserva però di tanto in tanto per il riassorbimento del bismuto; è opportuno pertanto controllare regolarmente l'urina.

L'A. ha curato con questo sistema numerose fistole da coxite, gonite, spondilite, come pure fistole delle parti molli consecutive a nefrectomia per tubercolosi renale e simili; particolarmente rapida è la guarigione delle fistole da linfoadenite.

fil.

Cisti idatica del cavo ischio-rettale.

L'osservazione si riferisce ad una donna operata di urgenza con la diagnosi di suppurazione del cavo ischiorettale: si trovò invece una cisti da echinococco del cavo, senza comunicazioni intrapelviche. Il caso è importante per la rarità della localizzazione che, da assenza di altri focolai idatici, deve considerarsi come primitiva, e per la interpetrazione patogenetica: la loggia pelvica inferiore, a parte la lontana ipotesi di una infezione per via ematica, può difettarsi attraverso il vicino canale ano-rettale, ed il tubo digestivo resterebbe il tratto di unione con questa localizzazione cistica rara, come lo è per le altre sedi più frequenti (fegato e milza).

(Vergnory, Morel, Vachey: *La Presse médicale*, 1924, n. 57).

PERSIA.

Ematomi sottoungueali e tetano.

I versamenti sanguigni che si producono sotto le unghie, quando sono accompagnati da lesioni dei tegumenti, che costituiscono delle porte d'entrata per il bacillo del tetano, si trovano in condizioni eminentemente favorevoli per lo sviluppo di questo microorganismo, perchè l'ambiente sottoungueale, al riparo dell'aria, conviene ottimamente per la coltura anaerobia. Le difese leucocitarie vi si esercitano difficilmente, poichè il versamento si trova isolato dalla circolazione.

L. Bérard e A. Lumière (*Presse médicale*, 23 luglio 1924) riportano le osservazioni di sette feriti con ematoma sottoungueale e schiacciamento della falangetta, in cinque dei quali si sviluppò il tetano. Gli AA. insistono quindi sulla necessità di ricorrere alle iniezioni preventive di siero antitetanico in tutte le ferite sospette e di procedere all'esplorazione minuziosa e completa di queste ferite, asportandone tutti i corpi estranei e procedendo alla disinfezione di tutte le anfrattuosità. In presenza di ematomi sottoungueali, queste raccomandazioni si impongono più imperiosamente.

fil.

Otite media purulenta e diabete.

V. Tanturri (*Il Morgagni*, 19 aprile 1925) osserva che il diabete provoca delle modificazioni nel decorso e nell'importanza dell'otite media acuta e delle riacutizzazioni di processi cronici.

Il decorso di tale affezione nel diabete è del tutto speciale, mancando la compartecipazione del periostio al processo infiammatorio e quindi mancando i sintomi che si accompagnano di solito a tale forma morbosa, quale il dolore, ecc., e mancando altresì ogni segno che riguardi i tessuti esterni od il condotto uditivo esterno. Accade così che una forma caratterizzata da sintomi scarsi può far cadere in errore, poichè al tavolo operatorio si possono riscontrare lesioni ossee avanzate e vasti focolai di suppurazione. Altre volte l'otite diabetica si inizia con una lesione mastoidea. ma la rapidità con cui il processo si estende e la frequenza con cui si riscontrano lesioni che non erano clinicamente sospettate non permettono di fissare questo fatto.

L'otite diabetica ha il carattere di attaccare l'osso e di produrre vaste distruzioni; essa rappresenta un'infermità che, in modo subdolo e con grande facilità può andare assai rapidamente incontro a complicazioni di decorso e di localizzazione.

Tali modificazioni non sono dovute esclusivamente alla virulenza del germe patogeno, nè a disposizioni anatomiche speciali dell'apparecchio timpanico e mastoideo, od almeno questo non è sufficientemente dimostrato. Invece, tutto il quadro clinico dell'otite media, così detta diabetica, vario per inizio, per decorso e per complicazioni è imputabile al diabete, che provoca delle modificazioni nella nutrizione dei tessuti, nella loro resistenza agli agenti patogeni, per cui essi soccom-

bono più facilmente all'infezione, dando luogo ad una forma morbosa quasi sempre grave ed estesa e che presenta grande tendenza ad una rapida progressione. *fil.*

Trattamento dell'emorragia consecutiva ad estrazione dentaria.

Dopo ogni estrazione dentaria, si ha normalmente un leggero scolo sanguigno; ma, in certi casi, si produce immediatamente o più tardi una vera emorragia che può riconoscere diverse cause. Eccezionalmente si tratta di una lesione arteriosa (palatina o dentaria inferiore); talvolta l'emorragia è dovuta ad una lacerazione della gengiva o ad una frattura alveolare. Il più spesso, si deve combattere un'emorragia capillare diffusa che proviene dalle pareti dell'alveolo svuotato. È di questa che si occupa G. Izard (*Presse médicale*, 7 marzo 1925).

Per evitare emorragie pericolose, è anzitutto necessario non praticare l'estrazione dentaria ogni volta che esista uno stato emorragiparo, a meno che essa non si presenti come indispensabile. In tal caso, fare uso nei giorni precedenti di coagulanti: iniezioni di siero di cavallo (10 cmc.); prescrizione di cloruro di calcio a dosi di 20 cg. per ogni anno di età, con la seguente formola:

Cloruro di calcio	g. 4
Sciroppo di cort. d'arancio amaro	» 30
Acqua distillata	» 90

da prendere a cucchiai nelle 24 ore.

Dopo l'estrazione, praticare lo scucchiaiamento alveolare e lavare con acqua salata molto calda. Evitare il tamponamento alveolare senza necessità.

Nel caso che si verifichi l'emorragia, agire il più presto possibile, tenendo presente che in un emofilico la prognosi è sempre riservata.

Sbarazzare l'alveolo dal contenuto, fare irrigazioni con acqua salata molto calda, praticare il tamponamento alveolare. Si usa della garza in nastri molto stretti o delle fibre di « penhawar djambi »; il materiale deve essere sterilizzato; vi si aggiunge un agente emostatico, preferendo il siero di cavallo; da escludersi è il percloruro di ferro; le soluzioni di antipirina, ferropirina, l'acqua ossigenata hanno azione incerta. Il tampone si introduce bene in fondo alla cavità, stipandolo fortemente; lo si toglie dopo 20-30 minuti e, se l'emorragia recidiva, lo si rimette lasciandolo per 18-24 ore, fissandolo eventualmente con della cera o con godiva (sostanza per impronte) dapprima rammollite, facendo poi serrare fortemente i denti antagonisti. È eccezionale che un'emorragia resista a questo trattamento; comunque, è bene avvertire il paziente della possibilità di una recidiva e di una consecutiva alveolite.

Fare inoltre iniezioni di siero artificiale e prescrivere il siero di cavallo per bocca e le medicazioni toniche ed opoterapiche adatte. *fil.*

Un procedimento semplice di circoncisione.

J. Hertz (*Journal des praticiens*, 20 dicembre 1924) rileva che il procedimento per la circoncisione abitualmente usato ha i seguenti svantaggi. Lo schiacciamento per mezzo della pinza è antichirurgico; la sezione del prepuzio si fa alla cieca e si ha quindi la possibilità di ferire il glande o di sezionare il frenulo; la sezione simultanea della pelle e della mucosa è illogica, mentre si deve invece sezionare la mucosa, secondo la posizione della pelle retratta.

L'A. consiglia quindi il suo metodo. Si fa anzitutto la pulizia all'ossicianuro, si liberano le aderenze, se ve ne sono, in modo da ottenere che il solco balano-prepuziale sia del tutto libero e pulito. Per mezzo di due pinze applicate al limite cutaneo-mucoso, si fa trazione sul prepuzio, si fa poi un'incisione circolare della pelle, un poco in avanti del cercine del glande, arrivando sul tessuto cellulare, fino a che la pelle si retrae regolarmente e spontaneamente. Con le forbici, si fa la sezione dorsale del prepuzio, tagliando la mucosa fino a 3 mm. dal solco balanico. Poi si fa la sezione delle metà destra e sinistra del manicotto mucoso, rispettando un collaretto regolare di 3 mm. In seguito, rialzando il glande, si fa la sezione della parte inferiore della mucosa, evitando che si veda il frenulo. Si allacciano i vasi e si fa la sutura cutaneo-mucosa con catgut 000.

L'operazione va fatta in anestesia generale nei bambini e locale a partire dall'adolescenza.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla cura della melitense. Al dott. P. B., abb. n. 6490:

Parecchie volte abbiamo risposto al quesito della cura razionale della melitense. Il resultato negativo del siero e del vaccino corrisponde alla nostra personale esperienza. La cura quindi si riduce ad un trattamento sintomatico, avendo l'avvertenza di non far digiunare il malato e di non costringerlo a letto se non nei periodi acutissimi. Spesso l'infezione melitense permette di alimentarsi e di lasciare il letto per molta parte del decorso della malattia; i malati attraversano i vari periodi di ricadute senza gravi danni, quali si vedevano in passato, di denutrizione e di anemizzazione. T. P.

Profilassi e cura della pertosse. — Al dott. G. R., abb. n. 1306:

Sia come mezzo profilattico che curativo (purchè si tratti di pertosse non complicata) consigliamo l'uso del vaccino profilattico e curativo (sospensione titolata del bac. di Bordet e Gengou). È preferibile che il bac. sia ucciso colla soluzione fenica 0.50 %).

T. P.

Sulla misura della pressione sanguigna. — All'abb. n. 11216:

Per misurare la pressione è sempre necessario un apparecchio; il controllo più moderno ha potuto dimostrare che l'apparecchio italiano di Riva Rocci, se pure fabbricato in Germania, è il più esatto. Senza apparecchio non v'è che l'*educazione* del dito palpante, e per essa non v'è regola ma esperienza e spesso controllata. Anche i maestri però possono facilmente ingannarsi nel giudizio dato sulla guida del dito, per molteplici cause di errori inevitabili.

T. P.

VARIA

L'abuso dei purganti.

L'uso dei purganti è entrato nella pratica ordinaria della vita domestica. Ogni famiglia ha il suo purgante preferito, in ogni casa ve n'è una scorta che ne consenta l'uso ad ogni momento, così come vi sono le provviste di generi alimentari.

Gli annunzi di quarta pagina dei giornali quotidiani decantano i prodigi delle specialità purgative, che molti farmacisti, da sapienti continuatori della tradizione ciarlatanesca, preparano a base d'intrugli più o meno dannosi.

L'abuso dei purganti è una vecchia consuetudine, alimentata purtroppo dai suggerimenti poco illuminati di alcuni medici.

Il purgante era uno dei capisaldi della vecchia medicina empirica, e forse tale è rimasto per molti medici, certamente tale è ancora per il gran pubblico.

Clysterium donare, postea seignare, ensuita purgare: questo era l'armamentario terapeutico della vecchia medicina; e se il salasso ha perduto il posto d'onore che gli era stato attribuito, il clistere, con il suo nome più risonante di enteroclisma, e le purghe sono tuttora in auge. Pochi metodi terapeutici hanno resistito con più tenacia all'alterna vicenda della fortuna che ogni medicamento suole subire.

E non sono mancati gli attacchi. Parecchi clinici e patologi hanno rilevato il danno che può derivare dall'uso inadeguato dei purganti, del loro abuso abituale. Purtroppo buona parte dei medici non hanno tenuto conto di questi avvertimenti ed hanno continuato a prescrivere purganti senza alcuna indicazione precisa, e la gran maggioranza dei malati previene i medici ingollando un purgante al primo manifestarsi di ogni malattia senza sapere di che male sono affetti e tanto meno sapere se il purgarsi è utile o inutile, benefico o dannoso.

La purga è a torto considerata come un metodo terapeutico non solo indicato ma indispensabile per ogni specie di malattia, ed è quasi diventata pratica di origine dogmatica iniziare qualsiasi trattamento con un purgante.

Il danno generico dell'abuso dei purganti è naturalmente maggiore quando si adoperano medicamenti senza tener conto della loro particolare azione, dello stato generale del soggetto e delle sue condizioni al momento nel quale si somministra il purgante.

Per dire del più pericoloso, il calomelano, di cui si faceva grande uso specie nella pratica infantile, è responsabile dei più seri inconvenienti. Eppure talvolta lo si prescrive ancora quasi alla cieca preoccupandosi unicamente di adeguare le dosi all'età del soggetto. La sua azione dannosa sui reni è evidente, e intanto lo si prescrive senza tener conto dei riguardi che si devono usare a questi organi, specie nelle malattie infettive acute. Le stomatiti, spesso ostinate, che esso provoca, hanno un'importanza nefasta nel decorso della malattia che si è preteso curare con questo veleno, compromettendo la nutrizione e provocando molestie che influiscono sfavorevolmente sull'organismo diminuendone il potere di resistenza. Nè le congestioni epatiche da esso frequentemente determinate possono mettersi nel suo conto attivo.

Tali inconvenienti dovrebbero consigliare la maggiore prudenza nell'uso del calomelano; e dovrebbe una buona volta essere inibito ai farmacisti di preparare, senza ricetta, i famosi cioccolattini a base di detto veleno, i cui danni se non sono sempre controllabili, non sono per questo meno sicuri.

Lo stesso può dirsi della santonina; questa sostanza, come è noto, oltre la xantopsia che è il fenomeno più impressionante, può anche a piccolissime dosi provocare vomiti, convulsioni, ittero ed albuminuria.

Il prescrivere di tali veleni agli inizi della malattia, senz'ancora conoscere la natura di quest'ultima, è certamente pericoloso. Vi sono me-

dici abbastanza scrupolosi che non prescrivono mai calomelano ai bambini, e forse fanno bene. Somministrarlo ad un soggetto la cui malattia evolverà in infezioni acute, come, ad esempio, la scarlattina, vuol dire esporlo con maggiore probabilità al pericolo della nefrite o ad una forma grave di nefrite.

Così si dovrebbe tener presente che vi sono forme intestinali nelle quali i purganti sono assolutamente controindicati, eppure al primo accenno di affezione intestinale si ricorre senza indugiare alla purga.

I purganti eccitano la peristalsi, ed ogni medico sperimentato conosce gl'inconvenienti cui può dar luogo l'eccessiva mobilità dell'intestino nell'appendicite, nel tifo, nell'occlusione intestinale.

Molti individui sofferenti di mal di capo sogliono purgarsi credendo così di por fine alle loro sofferenze ed invece non fanno altro che aggravarle. In molti casi la cefalea è in rapporto all'assorbimento di sostanze tossiche, la purga liquefacendo e mobilizzando il contenuto intestinale le rende più facilmente assorbibili.

Anche nelle forme diarroiche si suole adoperare la medicazione purgativa con molta leggerezza; pur non potendosi escludere che se ne possono talvolta ricavare vantaggi, tuttavia occorre sempre procedere con prudenza. I purganti aumentano la secrezione e l'irritazione dell'intestino, e nelle diarree si ha appunto ipersecrezione ed estrema sensibilità della mucosa; si corre quindi il rischio di aggravare l'una e l'altra. Così nelle diarree infantili l'olio di ricino provoca spesso conseguenze disastrose. L'uso di questo purgante deve essere estremamente prudente nella pratica pediatrica.

La costipazione abituale è frequentemente causa ed effetto di abuso di purganti. Si attribuisce importanza ingiustificata a leggere perturbazioni del ritmo della defecazione e si ricorre alle purghe. Si ha così iperstimolazione dell'intestino seguita da aggravamento della stipsi, per cui si adoperano dosi più generose di purganti.

Gli inconvenienti sono più gravi quando la costipazione è di origine spastica; in tal caso ogni eccitazione della peristalsi non fa che accentuare il male.

L'irritazione continua della mucosa perverte le sue secrezioni in tutto il tubo digerente e si converte in nuova causa di malanni.

Con estrema frequenza s'incorre nell'errore di considerare questa perturbazione delle secrezioni come una prova della necessità di provocare nuove evacuazioni; e si continua così nell'abitudine di purgarsi.

Gli effetti di quest'alterazione artificiosa a lungo andare si fanno risentire sullo stato generale dell'organismo. La congestione intestinale ostacola l'assorbimento del chimo; l'aumento della peristalsi fa che il chimo progredisca rapidamente nell'intestino per modo che i succhi digerenti non hanno sufficiente contatto con gli ingesti e non hanno il tempo di trasformarli in sostanze adatte all'assorbimento.

La nutrizione è così compromessa; si hanno disturbi generali, deperimento, anemia, disordini nervosi, fatti tutti che a loro volta reagiscono sulla perturbazione intestinale accentuandola.

Abbiamo accennato alla circostanza che la tendenza all'abuso dei purganti è oggi alimentata dal fatto che trovansi in commercio innumerevoli specialità purgative, di cui si decanta l'efficacia con sistemi ciarlataneschi. Queste specialità, che contrariamente a quanto è prescritto non sempre portano la indicazione dei loro costituenti, vengono usate senza alcun criterio, e provate una dopo l'altra nella ricerca della più adatta e della più efficace e spesso con l'unico risultato di perpetuare o di aggravare il male.

Certo la terapia purgativa non può essere eliminata, ma deve essere adoperata con criterio e con prudenza, specie nella costipazione cronica.

Queste forme più che tentare di vincerle con purganti occorre prevenirle o curarle con mezzi più idonei e meno pericolosi; al riguardo niente val meglio di una dieta appropriata e di un regime di vita nel quale sia fatta larga parte agli esercizi fisici.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PINNA GIUSEPPE. *Per una più proficua lotta antimalarica in Sardegna.* — Roma, Riccardo Garroni, 1922.

RACCHIUSA SANTI. *Ricerche analitiche riguardanti il residuo secco e varie frazioni azotate del sangue di colombi alimentati con riso brillato e di colombi digiuni.* — Palermo, A. Giannitrapani, 1922.

ID. *Sul comportamento del complemento emolitico nelle cavie digiune ed in quelle sottoposte ad alimentazione unilaterale.* — Messina, Tip. Guerriera, 1922.

SCADUTO GIOACHINO. *La Röntgenterapia dell'ipertricosi muliebre.* — Milano, Enrico Zerboni, 1922.

ID. *Finsen o Röntgenterapia del lupus vulgaris?* — Milano, Enrico Zerboni, 1922.

SCALA GUGLIELMO. *Le possibilità della diagnosi.* — Napoli, F. Macerolli, 1922.

SCHIASSI B. *La resezione del colon.* — Napoli, Officina Cromot. Aldina, 1922.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consiglio Superiore di Sanità.

Durante i giorni 22, 23 e 24 giugno u. s., al Ministero dell'Interno, si sono svolti, sotto la presidenza del prof. sen. Marchiafava, i lavori del Consiglio Superiore di Sanità riunito in sezione plenaria.

In principio della seduta, il presidente sen. MARCHIAFAVA ha commemorato il prof. sen. G. B. Grassi, insigne scienziato che onorò la patria con le sue scoperte tanto feconde di bene per la sanità pubblica, e poi ha ricordato la morte repentina, dovuta a disastro automobilistico in Siria nel decorso maggio, di tre membri della Commissione scientifica per lo studio della malaria, colà inviata dal Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

Ha preso poi la parola il dott. MESSEA, direttore generale della Sanità Pubblica, il quale, dopo essersi associato alle nobilissime parole del presidente, si riferisce, per quanto concerne la esposizione dello stato sanitario in Italia e all'estero, alla *Relazione* presentata preventivamente, in bozze di stampa, a tutti i componenti del Consiglio.

Tale Relazione — destinata ad essere presto pubblicata e diffusa — riguarda gli atti compiuti dall'Amministrazione della Sanità Pubblica dal 1° luglio 1924 al 31 maggio 1925 e comprende una ampia e particolareggiata esposizione e documentazione della multiforme attività svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Il volume contiene, in capitoli densi di dati interessanti e di documentazione statistica, notizie: sull'attività dei Laboratori scientifici (chimico e batteriologico) della Sanità Pubblica; sullo stato sanitario all'estero; sui provvedimenti sanitari speciali per le malattie esotiche in occasione dell'Anno Santo. Inoltre, i capitoli relativi alle statistiche di mortalità, all'andamento delle diverse malattie infettive nel Regno, e quelli riguardanti la lotta contro le malattie sociali, e cioè, in particolare: la tubercolosi, la malaria, le malattie veneree, il cancro, il tracoma, il gozzo endemico, l'anchilostomiasi, la lebbra, la pellagra, le malattie mentali. Seguono, poscia, i capitoli riguardanti: l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie; il servizio farmaceutico (norme regolamentari, inchieste sul servizio farmaceutico, revisione della Farmacopea Ufficiale, commercio delle specialità medicinali); lo stato sanitario del bestiame, con particolari cenni alle varie malattie infettive ed ai provvedimenti contro le epizoozie in Sardegna ed in Sicilia.

Segue la esposizione dell'attività svolta dal Ministero dell'Interno per l'esecuzione di opere igieniche mediante i mutui di favore largamente concessi per agevolare la costruzione di acquedotti, fognature ed altre opere risanatrici.

La Relazione, infine, riferisce l'attività della Direzione Generale della Sanità per l'applicazione delle vigenti disposizioni sulle acque minerali e sugli Stabilimenti termali, le quali mirano essenzialmente alla tutela e al miglioramento delle nostre numerose acque minerali e degli Stabilimenti di cura.

Il volume si chiude con numerosi documenti e prospetti numerici e statistici allegati.

***

Apertasi la discussione, il prof. SCLAVO raccomanda lo studio del problema dell'*approvvigionamento idrico della Sardegna,* ove potrebbero essere largamente utilizzati i laghi di sbarramento artificiale, sul tipo di quello già costruito sul fiume Tirso.

Il prof. LEVI, dopo aver rilevata l'importanza della Relazione presentata dal Direttore Generale della Sanità, parla della necessità di diramare istruzioni tecniche allo scopo di migliorare il funzionamento e il coordinamento delle *istituzioni antitubercolari.*

Ritiene che si debba provvedere ad una *statistica* di rilevamento del numero *degli alienati e dei deficienti,* e raccomanda la rapida promulgazione del progetto di legge sulla *assistenza infermiera,* nonchè per la istituzione di *assistenti sanitari e di fabbrica* diplomati.

Il prof. MANFREDI esprime la sua approvazione per l'indirizzo localistico adottato dalla Direzione Generale della Sanità per la *lotta contro la malaria.* Circa l'*igiene scolastica* lamenta la scarsità delle scuole all'aperto nella Sicilia, tanto più necessarie in quanto i locali scolastici sono scarsissimi e generalmente in cattive condizioni igieniche.

Nel campo della *lotta contro la tubercolosi,* si augura un migliore rendimento dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, ed un'azione diretta al miglioramento delle abitazioni di vecchia costruzione, le quali pel loro affollamento e le cattive condizioni igieniche costituiscono una delle cause preponderanti della elevata mortalità per tubercolosi.

Il prof. V. ASCOLI, per quanto concerne la *lotta contro la malaria,* premette che non si devono mutare le basi attuali della profilassi antimalarica, che vorrebbe, anzi, continuata ed intensificata secondo l'indirizzo localistico, già adottato dalla Direzione Generale della Sanità per combattere le cause malarigene.

Tenuto conto della limitata produzione mondiale del chinino, esprime il desiderio che il Governo provveda ad aumentarne la disponibilità, sia esperimentando la coltivazione della corteccia di china nelle nostre Colonie od altrove con l'accaparramento di zone adatte, sia usufruendo meglio degli alcaloidi della china, e principalmente della cinconina.

Il prof. DI VESTEA, attesa la necessità di provvedere alla istituzione di *Sanatori* e *Preventori* e considerate le limitate disponibilità di mezzi dei Consorzi Provinciali Antitubercolari, vorrebbe che fosse favorita la cooperazione e la unione di vari consorzi finitimi per provvedere allo impianto e funzionamento di Sanatori e di Preventori interprovinciali.

Esprime, anche, il voto che sia incoraggiata ed aiutata l'Opera Nazionale Combattenti perchè promuova l'impianto di Preventori antitubercolari a forma di Colonie per la tutela di bambini e fanciulli di famiglie di combattenti esposti al pericolo di infettarsi di tubercolosi.

Il comm. VIVANTE, considerata la gravità del problema delle *abitazioni*, fa voti perchè il Governo rinnovi il suo diretto contributo alla costruzione di case popolari, da destinarsi limitatamente allo alloggio delle famiglie più bisognose.

Il dott. VACINO, riferendosi alla Relazione presentata dal Direttore Generale della Sanità Pubblica, loda l'azione intensa svolta contro le *malattie infettive* in genere, e, in ispecie, contro la *tubercolosi*. Illustra il contributo che a tale azione di lotta recano quotidianamente i medici condotti, e si augura che il Governo voglia aiutare più efficamente la profilassi antitubercolare, e quelle contro le malattie infettive in genere.

I consiglieri CHIARIA e QUERCIA svolgono raccomandazioni circa il *Servizio Farmaceutico nelle campagne*, le *tariffe dei medicinali*, il commercio e la réclame delle *specialità medicinali*.

Il consigliere TORTI, infine, raccomanda che siano disciplinate norme pel regolare funzionamento dei *pubblici macelli*.

Proseguendosi nella trattazione degli affari posti all'ordine del giorno, il consigliere dott. VACINO riferisce in merito ad una sua mozione sulla *provincializzazione dei pubblici servizi*, per la quale presenta una relazione a stampa in cui sono ampliamente svolti i concetti ispiratori della proposta.

Sull'argomento interloquiscono il prof. MAGGIORA, il Direttore generale dell'Amministrazione Civile, il prof. CASTIGLIONI, il prof. BELLONI, il dott. TORTI che si associa alla proposta.

Dopo ampia discussione, il Consiglio, su proposta del consigliere prof. CASTIGLIONI, delibera di nominare una Commissione che provveda a completare gli studi in materia ed a riferire alla prossima riunione del Consiglio Superiore.

La Commissione, la cui nomina è deferita al presidente, riesce così composta: prof. DI VESTEA, presidente; prof. MAGGIORA, on. prof. ERNESTO BELLONI, dott. VACINO, dott. TORTI, membri.

***

Nelle successive sedute il Consiglio si è occupato di numerosi affari sanitarii, esprimendo pareri su schemi di regolamento circa l'impiego dei gas tossici, sopra modifiche al regolamento di sanità marittima, su numerose domande di autorizzazione alla vendita di acque minerali, all'apertura di stabilimenti termali, di concessione di privative industriali, ecc.

Esaurita la trattazione dell'ordine del giorno il Consiglio, su proposta di varii consiglieri, ha approvati numerosi voti, l'ultimo dei quali, approvato all'unanimità, è il seguente:

« Il Consiglio, prima di chiudere i proprì lavori, rivolge il suo pensiero reverente e grato al Governo Nazionale ed a S. E. Federzoni, Ministro dell'Interno, il quale, consapevole dei grandi problemi igienici e sanitarii della Nazione, ha dimostrato coi fatti, la intenzione di risolverli con la sollecitudine e la fermezza necessaria.

Di tale proposito ha dato l'esempio più luminoso nello studio e nella preparazione della legge sull'assistenza alla maternità ed alla infanzia riconoscendo il diritto del fanciullo alla vita ed il dovere della Nazione nella protezione e nella tutela del più grande patrimonio sociale.

Questa legge ha avuto il più autorevole e felice interprete nella persona del nostro amato presidente prof. sen. Marchiafava, al quale vanno oggi i sentimenti della più fervida e sicura gratitudine di questo Consesso.

Il Consiglio Superiore di Sanità esprime la più viva compiacenza e la più larga fiducia per l'opera della Direzione Generale della Sanità Pubblica, opera che è così proficua nell'interesse del Paese ».

Il nuovo regolamento sanitario del Comune di Roma.

Il R. Commissario del Comune di Roma con deliberazione del 28 maggio 1925, ha approvato il nuovo regolamento di Igiene in sostituzione di quello attualmente in vigore che rimonta al 1912.

Il Comune di Roma fu tra i primi a compilare un regolamento locale di igiene in omaggio alle disposizioni della legge sanitaria e fece fin dall'inizio un'opera fondamentale per l'igiene cittadina, che è servita poi di modello per molti Comuni d'Italia.

Modificato e migliorato in seguito più volte, l'attuale Amministrazione decise la revisione del regolamento del 1912, analogamente a quanto dispose per gli altri regolamenti Comunali.

Così il Regolamento Comunale fu uniformato alle variazioni delle disposizioni governative in materia d'Igiene, coordinato con il Reg. di Polizia Urbana e con quello Edilizio contemporaneamente rinnovati, ed in esso furono introdotte tutte quelle modificazioni ed aggiunte che l'esperienza mano mano aveva suggerito.

L'esame del nuovo regolamento permette di rilevare come non siano state apportate solamente modificazioni formali, sebbene importanti, ma sono state introdotte modificazioni sostanziali (sempre nei limiti consentiti dalla legge) richieste dallo studio accurato delle condizioni nelle quali si svolgono le diverse branche dell'attività cittadina nei riguardi dell'Igiene.

Così nel 1° titolo: Igiene del suolo e dell'abitato, sono state rivedute, ampliate, modificate, le norme riferentesi allo smaltimento delle materie luride

nelle zone dove manca la fognatura stradale, i bagni e le latrine pubbliche, le scuderie pubbliche e private, ecc.

Le disposizioni riguardanti la salubrità delle abitazioni, sono tolte dai regolamenti edilizi e di polizia urbana ed introdotte in quello d'Igiene perchè risultassero organicamente fuse.

Nel titolo 2° è stata disciplinata la vigilanza igienica e sanitaria degli acquedotti.

Nel titolo 3°: Igiene degli alimenti, delle bevande e degli oggetti di uso domestico, si sono introdotte norme per eliminare gli inconvenienti derivanti dagli spacci incongruamente promiscui ed antigienici, disciplinare lo smercio della carne congelata, e la vendita del latte, in modo che sia facile il controllo di un alimento così importante per i sani e per i malati. Speciali norme riguardano la pulizia oltre che dei locali e delle stoviglie anche del personale e reprimono sistemi ed usanze antigieniche molto diffuse.

Lo smercio dei funghi, la panificazione (solo con mezzi meccanici), lo smercio dell'olio, la fabbricazione della birra, la fabbricazione e lo smercio del ghiaccio e dei liquidi destinati a bevande chiusi in bottiglie sono stati disciplinati nel modo ritenuto più razionale.

Il titolo 4° riguardante: Le misure contro le malattie infettive, è stato aggiornato in rapporto al R. D. 15 ott. 1923 e D. L. 4 agosto 1918 n. 1395, ordinanza ministeriale 6 giugno 1919 e R. ord. di Polizia Vet. approvata con R. D. 10 maggio 1914 n. 533; si è ravvisata la necessità di prescrivere la cooperazione anche dei cittadini che si trovino in speciali condizioni (Direttori di aziende agricole, alberghi, convitti, ecc.) per ottenere il pronto accertamento delle malattie infettive e l'immediata attuazione dei provvedimenti profilattici.

L'isolamento dei malati, le disposizioni dei mezzi di trasporto, quelle domiciliari e degli oggetti usati rimessi in vendita, sono stati sottoposti a norme più precise e dettagliate.

All'articolo che vieta di sputare ne è stato aggiunto un altro che reprime il malvezzo di usare la saliva nel distacco dei fogli da involgere, biglietti, ecc.

Una speciale sezione è stata costituita per le disposizioni contro la diffusione delle malattie infettive nelle scuole e sono state meglio chiarite e determinate le misure straordinarie in casi di epidemie, quelle per la vigilanza sul baliatico e sulla sifilide da baliatico mercenario.

È stata modificata la parte che riguarda la polizia veterinaria e quella mortuaria evitando elusioni alla legge ed al regolamento governativi.

Le disposizioni transitorie stabiliscono periodi di tolleranza specialmente nei riguardi delle case di vecchia costruzione prima di esigere l'applicazione integrale del nuovo regolamento.

Cronaca del movimento professionale.

Nella corporazione sanitaria.

Ha avuto luogo l'assemblea generale dei direttori provinciali componenti la Corporazione Sanitaria.

Il segretario prof. E. Fioretti ha fatto la relazione di tutto il lavoro compiuto dai diversi Sindacati e dal Direttorio istesso. Ha partecipato la costituzione del Sindacato nazionale dei medici liberi esercenti ed ha mostrato il compiacimento di vedere i diversi sindacati svilupparsi e disciplinarsi. Quindi ha trattato i diversi problemi che si prospettano per l'elevazione morale delle classi di medici, levatrici, infermieri, invocando la collaborazione e l'aiuto dei Sindacati nazionali.

Per quanto riguarda la preoccupazione che hanno i medici comunali di Roma riguardo al trattamento della pensione, il segretario ha chiaramente affermato che la Corporazione appoggerà con tutte le forze l'azione che sta svolgendo il dott. Trulli presso il Commissario sen. Cremonesi il quale, conscio della giustezza della causa, saprà con il suo tatto e la sua intelligenza portare la tranquillità alla classe benemerita.

Dopo lunga discussione a cui hanno preso parte Gazzella, Lusignoli, Massimi, Stazi, Ralli e molti altri la relazione è stata ad unanimità approvata.

Al Collegio per gli orfani dei sanitari in Perugia.

Il Consiglio Direttivo si è adunato sotto la presidenza del prof. sen. Simonetta.

Il Consiglio espresse il disappunto nel rilevare che, malgrado le più vive sollecitazioni, venticinque sole delle 74 provincie hanno notificato la nomina del Delegato elettorale; il che costringe l'Amministrazione del Collegio a rimandare le elezioni del rinnovando Consiglio probabilmente alla prossima primavera. Le Prefetture, con l'inqualificabile ritardo nell'esperire una pratica che non si ritiene nè complicata nè difficile, intralciano così l'opera del Consiglio Amministrativo.

I Revisori dei conti — dottori Ancona, Villa e Vivenza — rilevarono con soddisfazione che la somma riferentesi a residui attivi è in sensibile diminuzione, per quanto ancora ci siano importanti provincie che si mantengono in debito di somme rilevanti (Messina figura con un massimo di oltre 16,000 lire, Torino con 13,000). Rilevarono ancora che le spese generali di amministrazione si mantengono sulla media fissata; che le spese di mantenimento degli orfani in Convitto furono in aumento, proporzionate al maggior costo della vita e delle tasse scolastiche; che aumentata in modo significativo fu la spesa per il mantenimento di orfani in altri convitti (da L. 2575 nel 1920, è salita nel 1924 a lire 16,125), e la spesa per l'assegnazione delle borse di studio (da L. 50.037.50 nel 1920 a L. 93,087.50 nel 1924).

I revisori, pure rilevando che le borse di studio furono alquanto migliorate (nel 1919-20 si aggiravano per la maggior parte dalle 200 lire alle 400

annue, mentre ora da un minimo di L. 300 e di 600 si va a L. 900 e mille), hanno dovuto segnalare l'assoluta necessità che tali assegni siano tutti — senza eccezioni — sensibilmente aumentati, poichè quali ora sono nella maggior parte dei casi bastano solo — quando bastano — a compensare le ingenti tasse scolastiche.

E poichè non è da pensare a diminuire il numero degli assistiti, s'impone la necessità di procurare un incremento delle entrate ordinarie, coll'aumento dei contributi obbligatorii.

I revisori si mostrarono fiduciosi che tutta la famiglia sanitaria, fatta persuasa delle impellenti necessità alle quali l'Opera Pia deve provvedere negli attuali momenti critici della vita, farà buon viso alla proposta di aumento della quota annuale, che certamente verrà prospettata in occasione dell'adunanza dei delegati elettorali a Perugia.

Per gli esami dei medici di bordo.

Il segretario dell'Associazione dei Medici della Marina mercantile con un memoriale al direttore generale della Sanità pubblica ha chiesto che le sessioni di esami per conseguire l'autorizzazione a navigare in qualità di medico di bordo vengano tenute in una delle principali sedi universitarie marittime, in quanto il contingente di coloro che più sono portati alla vita del mare è appunto dato dalle popolazioni che vivendo in località costiere hanno già col mare maggiore confidenza, e che il costo crescente d'ogni spesa rende difficile a non pochi medici di dislocarsi per prendere parte ad un concorso, che nella giusta rigorosità richiede qualche settimana di permanenza alla sede d'esame.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA DI EGITTO. *Ospedale Italiano.* — Direttore del *Laboratorio di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche* ed eventualm. di un *Istituto antirabico*. Età mass. 45 anni. Elenco voti esami. Titoli non più tardi del 15 ottobre al presidente del Cons. d'Amm., in Alessandria d'Egitto (Hadra). Anno di prova. Assegni: 50 % proventi; l'Ammin. garantisce un minimo di lire sterline 240 annue, oltre vitto e alloggio; oppure 360, senza vitto e alloggio. Attività professionale dedicata esclusivam. all'Ospedale. Sede entro 2 mesi. — Direttore del *Gabinetto di radiologia*. Stesse condizioni; è garantito un minimo di lire sterline 600 annue. Chiedere annunzi.

APPARIZIONE (*Genova*). — Scad. 31 ag.; kmq. 123 di cui 23 in piano, 70 in collina e 30 in montagna, strade km. 5 carrozzabili e 17 circa mulattiere; servizi tramviari e automobilistici; ab. 3689; lire 7200 fino a 1200 pov., addizion. L. 500 oltre; dieci bienni ventesimo; per motocicl. L. 1400; per uff. san. L. 800.

BELFORTE SUL CHIENTI (*Macerata*). — A ore 18.30 del 10 ag. (vedi fasc. 30).

COMO. *Ospedale Provinciale Psichiatrico.* — Medico di Sezione; L. 11,000 oltre L. 1200 indenn. serv. e c.-v.; alloggio person. con illumin., riscaldam.; indenn. guardie; sei trienni decimo. Scad. 5 ag. Rivolgersi segreteria Deputaz. Provinc.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Mandamentale di S. Giuseppe.* — Chirurgo primario; L. 12,000 oltre indenn. di L. 3000, variabile, e 60 % proventi atti operativi e gabinetto radiolog. Scad. ore 20 del 20 ag. Età lim. 40 a. (45 per gli ex combattenti). Tassa L. 50.10, al presidente. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

DEGO (*Genova*). Scad. 13 ag.; Kmq. 34 (di cui 12 in piano e 22 in collina); ab. 2325; pov. 960; stip. residenziale L. 8400; addizionale L. 500; mezzo trasp. L. 300; uff. san. L. 500. Farmacia; ferrovia; ecc.

FOSSANO (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; 3ª cond. rurale; 6 frazioni; L. 7000 e quinquenni dec.; lire 1500 mezzo trasp.; tassa L. 50.

LUCOLI (*Aquila*). A tutto il 9 ag.; età lim. 40 a. Chiedere annunzio. L. 9500 per 500 pov., addiz. L. 5 oltre e fino a 1000, L. 3 oltre 1000 (poveri iscritti 1548); per trasp. L. 3000; se uff. san. L. 500. Accettaz. entro 5 gg.; serv. entro un mese. Tassa L. 50.10 alla Tesoreria com.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Scad. ore 16 del 10 ott. Vedi fasc. 30.

MONTALDO BORMIDA (*Alessandria*). — Scad. 15 agosto; L. 7000 e quinquenni; per uff. san. lire 500; età mass. 45 a.

MONTECASTELLO VIBIO (*Perugia*). — A tutto 31 agosto; stip. L. 8000 oltre L. 600 serv. attivo e L. 300 uff. san.; c.-v. ridotto a L. 1620; per cav. L. 4000. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10 all'Esattore com. Serv. entro 15 gg. Docum. a 3 mesi.

PAVULLO (*Modena*). — 4ª cond. e direz. gabinetto di radioscopia Ospedale Civile; L. 8500 e c.-v., oltre L. 2500 cav.; 10 bienni ventesimo. Scad. ore 18 del 20 ag. Tassa L. 50.15 all'esattore-tesor. comunale. Età lim. 35 a. Elenco voti esami spec. e di laurea. Accettaz. entro 10 gg., serv. entro un mese.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — Proroga, a tutto il 31 ag. incluso, del conc. alla 3ª condotta del forese.

RAVELLO (*Salerno*). — Scad. 7 ag.; L. 7000 oltre L. 500 uff. san.; età lim. 35 a.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Al 20 ag., 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cav.; c.-v. L. 1200 se famiglia, L. 600 se celibe; assicur. Tassa L. 50.10 al Cassiere com. Docum. a 6 mesi. Serv. entro 20 gg.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Il concorso a sei posti di allievo ispettore in prova, fra laureati in medicina e chirurgia, per le Ferrovie dello Stato, è prorogato al 10 agosto.

S. CANZIAN D'ISONZO (*Trieste*). — A tutto 10 ag., consor. con Turriaco; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. L. 8000 per 1000 pov., L. 900 indenn. malaria, c.-v., indenn. trasp. Serv. entro 15 gg. Certif. pen. a 3 mesi.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17, cond.; per informazioni rivolgersi Segreteria.

Medici che sappiano scrivere in modo semplice e brillante e desiderino collaborare ad una rivista di propaganda igienica popolare scrivano: « Salute e Igiene », Piazza del Popolo, 18 - Roma (10).

GENOVA. *Laboratorio terapia sperimentale* (prof. A. Bruschettini). — Disponibile posto d'assistente. Stipendio e ogni mezzo di studio animali compresi a disposizione. Richiedesi conoscenza profonda tecnica batteriologica. Indispensabile conoscenza lingua francese e possibilmente tedesca.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Senato Accademico della R. Università di Modena, nella seduta del 9 luglio, ha conferito per la prima volta il premio annuo perpetuo destinato ad onorare la memoria del compianto prof. Riccardo Luzzatto, ordinario di Farmacologia in quell'Ateneo. In base alla relazione della Commissione giudicatrice è stato dichiarato vincitore del concorso il dott. prof. Josè Carra, libero docente ed allievo dell'Istituto di Patologia generale diretto dal prof. comm. Eugenio Centanni, per un complesso di lavori scientifici sopra argomenti vari, svolti con profonda e vasta cultura e con una non comune tecnica sperimentale.

Il dott. Sirignani Giuseppe di Riofreddo (Roma), è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Onoranze dell'Università di Tolosa all'on. Sanarelli.

A Tolosa, in cospetto di un grande pubblico, del Corpo universitario indossante i tradizionali costumi, delle autorità civili e militari, nonchè di moltissimi scienziati convenuti per l'annunciata manifestazione di solidarietà intellettuale latina, ebbe luogo nel grande Anfiteatro della Facoltà di medicina, la solenne cerimonia del conferimento delle lauree *honoris causa* di questa antichissima Università, agli eminenti scienziati: Giulio Bordet, direttore dell'Istituto Pasteur dell'Università di Bruxelles, « Premio Nöbel »; Giuseppe Sanarelli, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma; e Recasens, decano della Facoltà Medica di Madrid.

Dopo elevati discorsi del Rettore dell'Università e dell'Accademia di Tolosa, prof. Dresch e del Decano Abelous, i relatori della Facoltà hanno letto l'elogio dei singoli candidati. Per Sanarelli ha riferito il prof. Laforgue, titolare della cattedra d'Igiene. Egli ha posto in luce l'opera dello scienziato italiano, riconoscendo in lui una delle più alte personalità della scienza medica contemporanea, avendo legato il proprio nome alla conoscenza e alla risoluzione dei più ardui problemi concernenti le maggiori malattie infettive che affliggono l'umanità: la febbre tifoide, il colera, la tubercolosi, il carbonchio, ecc.

Sanarelli ha risposto con una vibrante allocuzione, inneggiando all'opera benefica delle Scienze, alla solidarietà spirituale delle Nazioni figlie di Roma immortale.

Il Sanarelli ha tenuto una conferenza nell'Anfiteatro della Facoltà Medica gremito di pubblico. Ha esposto in forma brillante i risultati dei suoi recenti studi sulla patogenesi delle infezioni dell'apparato digerente.

Numerosi ricevimenti e banchetti sono stati dati in onore di Sanarelli, Bordet e Recasens, dal Rettore dell'Università, dal Ministro della P. I., dal Decano della Facoltà di Medicina, dall'Unione medica franco-ibero-americana, dal Corpo consolare.

Ebbe anche luogo una serata di gala al teatro del Campidoglio.

Onoranze al prof. Sclavo.

In occasione del terzo congresso nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene, che ha avuto luogo in Sardegna, è stato offerto al prof. Achille Sclavo il primo tra i diplomi d'onore conferiti dall'associazione, unitamente a una medaglia d'oro.

Il prof. R. Vivante ha pronunziato nobilissime parole a nome dei soci, dei colleghi e degli estimatori dello scienziato insigne, del maestro e del propagandista infaticabile. Egli ha detto:

« Nell'opuscolo che raccoglie il pensiero dei 400 sottoscrittori, il prof. Sclavo troverà le ragioni di così largo e pronto consenso; l'ammirazione dei colleghi per il valoroso scienziato e l'infaticabile propagandista; la devozione degli allievi che da lui hanno appreso il rigore della ricerca, ed hanno goduto e godono il grande beneficio del suo appoggio paterno; l'affetto di quanti hanno avuto la fortuna di conoscerlo, ed anche per pochi istanti hanno sentito il calore del suo animo nobile e generoso ».

Corso di patologia coloniale.

Nel prossimo novembre si inizierà un Corso per il Diploma di Specialisti in Medicina coloniale, per i laureati in medicina e chirurgia, presso la Scuola di Patologia Coloniale annessa alla R. Clinica Medica dell'Università di Bologna e diretta dal prof. G. Franchini. Il programma comprende l'insegnamento della clinica delle malattie coloniali, dell'igiene coloniale, della protozoologia, della elmintologia, entomologia, batteriologia e della sierologia. Alle lezioni teoriche si alterneranno esercizi pratici e dimostrazioni, essendo la Scuola provvista di abbondante materiale scientifico e di laboratorio. La Scuola resta aperta tutto l'anno. Le tasse, in totale (iscrizione, tassa di laboratorio, di diploma, ecc.) ammontano a L. 2075. Per schiarimenti rivolgersi alla Direzione della Scuola, in Bologna, Ospedale Sant'Orsola.

Le giornate mediche di Bruxelles.

La 5ª riunione delle Giornate Mediche di Bruxelles si è tenuta dal 20 al 24 giugno. La solenne inaugurazione ebbe luogo al Palazzo delle Accademie, presenti i sovrani, il ministro dell'igiene on. Rolin Jacquemyn, i delegati della Francia, della Spagna, del Giappone, della Romenia, della Svizzera ecc. Ebbero luogo importanti conferenze di Wright (Londra), Lian, Deschamps, Bertrand, Voronoff (Parigi), Tournade (Algeri), e di vari studiosi belgi. In occasione del convegno si è inaugurato il Centro Anticanceroso all'Ospedale Brugmann, presenti la regina Guglielmina e alte personalità.

Alle Giornate Mediche di Bruxelles è consacrato per intero « Le Scalpel » del 4 luglio.

Gli aspiranti ispettori del lavoro.

Si è chiuso il Corso di lezioni che per utile ed opportuna iniziativa del Ministero dell'Economia Nazionale, con il contributo dell'Istituto Nazionale d'Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale, si è tenuto per una conveniente preparazione specifica degli aspiranti aiutanti ispettori dell'industria e del lavoro che hanno preso parte al concorso bandito dallo stesso Ministero.

Alla chiusura del Corso gli aspiranti, guidati dal comm. dott. Francesco Simeone, capo della Sezione infortuni nella Direzione generale del lavoro e della previdenza sociale del Ministero dell'Economia Nazionale, hanno visitato la Sede centrale ed il Compartimento di Roma della Cassa Nazionale Infortuni, ricevuti dal vice-direttore generale comm. Achille Rebessi e dal direttore superiore del Compartimento comm. Ugo Santini.

La giornata della tubercolosi in Roma.

Si tenne il giorno 21 maggio, ad opera del Comitato Romano contro la tubercolosi, il quale ha come presidente V. Ascoli e come segretario U. Mariotti. Ha reso circa 40,000 lire, di cui oltre 22,000 raccolte per mezzo di cassette, oltre 11,000 sui trams ed altri mezzi di trasporti collettivi; 4500 circa nelle chiese; il resto per oblazioni. La somma raccolta verrà devoluta specialmente a favore dei bambini predisposti.

Per le migliorie igieniche negli alberghi.

Il Ministro dell'Interno ha diretto ai Prefetti del Regno un telegramma circolare con cui, premesso che il n. 157 della « Gazzetta Ufficiale » pubblica il R. D. 24 maggio 1925 n. 1102 concernente l'approvazione del Regolamento per migliorie igieniche negli alberghi, li invita a richiamare l'attenzione dei Sindaci e dipendenti autorità sanitarie sulle disposizioni di detto Regolamento che, congiuntamente al progresso dell'industria alberghiera e stazioni termali, tende a raggiungere evidenti finalità igieniche, reclamate dal nostro Paese.

Per l'igiene dal parrucchiere.

Il R. Commissario del Comune di Roma ha ordinato che i barbieri e i parrucchieri debbono tenere gli strumenti e le suppellettili del loro esercizio con la più scrupolosa nettezza, curando la sterilizzazione dei rasoi, delle forbici, ecc. con prolungate immersioni in acqua bollente o in soluzioni antisettiche ogni qualvolta siano stati usati.

Essi dovranno, durante il lavoro, indossare una giacca di fatica o una sopraveste pulita. La biancheria dovrà essere sempre rigorosamente di bucato. Gli avventori dovranno avere a disposizione un lavandino dotato di acqua corrente con regolare tubo smaltitoio. È vietato servirsi del piumacciolo per spargere la cipria sulla pelle. Per spargere e levare la cipria si adopereranno, rispettivamente, solo polverizzatori a secco e batuffoli di cotone. Questi ultimi dovranno essere distrutti dopo averli usati anche una volta sola. Un estratto della ordinanza, contenente le norme, dovrà rimanere costantemente affisso in ogni esercizio in modo che ne possano prendere facile visione il personale addetto ed il pubblico.

Vittima del dovere.

È morto a Madrid il dott. Micael Garcia Fernández, radiologo dell'Istituto del Cancro, il quale aveva subìto vari interventi mutilanti per lesioni provocate dall'esercizio della specialità ed ora ne è stato ucciso. Non è molto, il Governo spagnolo gli aveva assegnato la gran croce di beneficenza per i servizi resi all'umanità e il ministro francese dell'igiene, in un'assemblea della Lega contro il cancro, gli aveva decretato le insegne di cavaliere della Legion d'onore, in nome del suo Governo.

È morto a 63 anni il prof. ANTONIO DEPAGE, uno dei più stimati chirurgi del Belgio. Spiegò un'attività straordinaria durante la guerra: il suo nome resta legato alle ambulanze dell'Océan e della Panne, di cui egli fu l'anima: ivi egli perfezionò al massimo grado il trattamento immediato dei feriti di guerra. Aveva il gusto dell'organizzazione; fu uno dei fondatori dei Congressi internazionali di chirurgia e nel 1914 presiedette quello tenuto a New York; nel '19 fu presidente del Congresso francese di Chirurgia. Con la moglie e la compianta miss Cavell fondò a Bruxelles una scuola-modello per infermiere. Perdette la moglie nell'affondamento del « Lusitania », su cui ella si recava negli Stati Uniti, a chiedere soccorsi per il suo Paese. Il Depage lascia una serie di lavori su argomenti svariati, dalla tubercolosi ossea alle autoplastiche, ma specialmente notevoli sono i suoi contributi alla chirurgia di guerra. Dirigeva da anni la Clinica chirurgica della Facoltà di Medicina di Bruxelles. Coprì varie cariche pubbliche; fu deputato, poi senatore, ed era il chirurgo della Corte belga. G.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. Sanit. Sicil., 15 mar. — E. CALANDRA. I confini dell'ortopedia.

Journ. Amer. Med. Assoc., 28 feb. — R. BURBANK e L. G. HADJOPOULOS. Il significato serologico degli streptococchi nelle artriti e forme affini. — E. RADOLPH HARRISON e W. F. PERLZWEIG. L'alcalosi.

Pediatria, 15 mar. — T. LUZZATTI. Trattamento cloroformico dell'ossiurasi.

Radiologia Med., mar. — F. GIONGO. Aspetti radiografici di alcune epifisiti. — A. BIANCHINI. Diagnosi di mieloma multiplo delle ossa.

Journ. de Méd. de Paris, 14 mar. — Numero di cardiologia.

Neurologica, sett.-ott. — F. VIZIOLI. Riflessi di difesa e turbe della sensibilità nel morbo di Pott.

Rev. Méd. de Barcelona, feb. — J. PI-SUNER BAYO. Meccanismo regolatore del tono della fibra liscia. — M. SOLER TEROL e L. RIBÓ RIUS. « Malum coxoe juvenilis ».

Studium, 20 mar. — O. FRAGNITO. La dottrina delle localizzazioni cerebrali. — A. CARDARELLI. Morbo di Hodgkin e pseudo-leucemia. — F. LO PRESTI-SEMINERIO. Linfogranulomatosi inguinale sub-acuta.

Giorn. di Medic. Milit., 1 mar. — Numero sulla fisiologia applicata all'educaz. fisica.

Morgagni, 15 mar. — R. REBIZZI. Rottura del tendine del quadricipite surale.

Annales de Méd., feb. — Numero consacrato alla nutrizione e alla digestione.

Pathologica, 15 feb. — A. BIZZARRI, M. DE MARTINO. I coefficienti di correzione alla costante di Ambard.

Prensa Méd. Argent., 28 feb. — M. R. CASTEX e A. F. CAMAÑER. Clinica del simpatico.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 15 mar. — M. FIORINI. Frattura complicata del cranio; psicosi, monoplegia omonima.

Clin. Pediatr., feb. — A. BACCICHETTI. Forma del cuore infantile.

Journ. de Méd. de Paris, 21 mar. — Numero di pediatria.

Zeitsch f. Tuberk., mar. — A GHON, H. KUNDLICH e F. WINTERNITZ. Anatomia e genesi della tbc. infantile. — A. BECKER. Le infezioni miste nella tbc. e tentativo di cura con auto-vaccino misto.

Riforma Med., 2 mar. — G. CASTRONUOVO. La tecnica medica ed il sacrario del corpo umano. — P. CORSORELLO. La reaz. novocaino-formalinica nella tbc. polm.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — O. MARBURG. Alterazioni patologiche della corteccia nelle psicosi. — L. F. BISHOP. La neurosi cardiaca. — W. A. WHITE. La psicopatologia nei rapporti con la patologia somatica generale.

Arch. de Med.. Cir. y Esp., 21 mar. — C. SAURA. L'intossicaz. da aconito.

Riv. Ital. di Ginecol., mar.-apr. — R. ALAMANNI. Creatinuria puerperale. — L. PUCCIONI. Bilirubinemia in gravidanza.

Presse Méd., 18 mar. — L. BERNARD, R. DEBRÉ e M. LELONG. Sulla profilassi antitubercolare. — TUFFIER e NEMOURS-AUGUSTE. Visibilità della cistifellea ai raggi X. — M. P. WEIL e G. DÉTRÉ. Diagnosi radiografica della gotta?

Paris Méd., 21 mar. — Numero di dermatologia.

Lancet, 21 mar. — J. A. RYLE. La funzione gastrica nello stato di salute e di malattia. — J. W. PICKERING. Eziologia dell'emofilia.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 16 mar. — A. PAGLIER e P. SCHRUMPF. La malaria nel prossimo Oriente e in Europa.

Amer. Journ. Med. Sciences, mar. — W. S. THAYER. Interpretaz. del murmure sistolico. — G. DRAPER, H. DUNN e D. SEEGAL. Conformaz. della faccia e malattie. — M. V. RICHTER. L'emoistoblasto di Ferrata. — H. J. BARTLE e M. J. HARKINS. Az. battericida del secreto gastr.

Amer. Medic., feb. — W. SCOTT PUGH. L'ematuria. — C. J. DRUECK. L'evidenza clinica delle emorroidi.

Giorn. di Cl. Med., 20 mar. — G. GELLI. Parassiti intestinali e anemie nei bambini.

Riv. Osped., 31 gen. — P. STERZI. Diagn. precoce di tbc. polm.

Ann. d'Igiene, gen. — G. FICAI, A. ALESSANDRINI. La setticemia da « Bacillus abortus » (Bang) nell'uomo.

Gaz. d. Hôp., 28 mar. — L. LÉORAT. I tumori solidi dell'appendice.

Lancet, 28 mar. — J. A. RYLE. La funzione gastrica allo stato di salute e di malattia.

Wien. Klin. Woch., 19 mar. — BLOND. La « malattia da gastro-enterostomia » e l'ulcera digiunale.

Münch. Mediz. Woch., 20 mar. — A. PETERS. Il problema del tracoma. — M. M. GUBERGRITZ. Metodica dell'esame della cavità addom.

Mediz. Klinik, 20 mar. — O. v. FLANQUÉ. Terapia dell'aborto. — H. ADLER e E. SINGER. Infezioni settiche e terapia della sepsi.

Bull. Méd., 25 e 28 mar. — P. TEISSIER. Contagiosità e profilassi dell'orecchione.

Bull. Ac. de Méd., 17 mar. — CHAUFFARD e altri. Le assicuraz. sociali (relazione).

Arch. de Med. de Pernambuco, gen. — R. AZEDO. Hachich e occultismo.

Bull. d. Sc. Med., gen.-feb. — M. L. PATRIZI. La misura diretta della fatica nervosa.

Journ. des Prat., 25 mar. — EDM. SERGENT. Sindrome bronco-ricorrenziale e aneurisma aortico. — A. CHAUFFARD. Il pronostico pre-operatorio.

Arch. App. Digestif, ecc., feb. — G. LION e LE BLAYE. Degener. grassa della mucosa gastr. — R. GOIFFON. L'equilibrio acido-base nell'organ.

Mediz. Klinik, 27 mar. — F. GLASER. Consumo vitale e sist. nerv. vegetat. — DE QUERVAIN. La operaz. precoce nella calcolosi biliare.

Presse Méd., 25 mar. — P. VALLERY-RADOT e P. BLAMOUTIER. La cutireaz. nell'asma, coriza spasmodico, febbre da fieno, emicrania, urticaria, eczema.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red resp.

ANNO XXXII Roma, 10 Agosto 1925 Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

SEZ. CHIR. DELL'OSPEDALE G. B. MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

Sintonia patologica dell'addome destro.

(Appendicite, ulcera piloro-duodenale, colecistite) (*)

per il prof. SANTE SOLIERI.

In una mia pubblicazione comparsa nel 1912 (1) ho studiato il dolore epigastrico di origine appendicitica. In base alle osservazioni degli infermi ed ai fenomeni di reazione gastrica (*dolore, piloro-spasmo, vomito*) che si manifestano *durante l'appendicectomia praticata in anestesia spinale* e precisamente durante le manovre che si fanno sull'angolo ileo-cecale e all'atto della costrizione e sezione del mesenteriolo, io dimostrai che la dispepsia gastrica iperacida, la quale suole osservarsi nel decorso di una appendicite, può essere interpretata come una turba delle funzioni secretrice, motrice e vasomotrice dello stomaco. Turba, che, avendo come manifestazione soggettiva il dolore epigastrico, è provocata per azione riflessa dal nervo vago, branca efferente di un arco diastaltico, di cui rami efferenti sono i nervi appendicolari irritati dalla flogosi del verme. Non ripeto qui la descrizione delle vie nervose simpatiche, gangliari, midollari, per cui la fenomenologia gastrica appendicitica può esplicarsi, chè in quel mio lavoro è fatta ampiamente. Può essere così sintetizzata:

1) plesso di Auerbach e Meisner dell' appendice;
2) nervi del plesso mesenterico superiore che, seguendo l'arteria appendicolare nell'angolo ileocecale, vanno all'appendice;
3) ganglio celiaco;
4) simpatico toracico.
5) midollo spinale dorsale.
6) nervo vago (*).

(*) Comunicazione fatta all'adunanza della Società medico-chirurgica della Romagna il 28 giugno 1925 in Faenza.

(*) Ho veduto correggersi dopo l'appendicectomia due sindromi caratteristiche dipendenti da irritazione vago-simpatica. In un appendicitico cronico vi era bradicardia con fasi ricorrenti di aritmia. Dopo l'appendicectomia questi fenomeni scomparvero e non si sono più rinnovati. In una donna appendicitica cinquantenne si erano stabiliti accessi di asma bronchiale assai gravi. Appendicectomizzata, la donna si liberò dall'asma nell'ambito di tre mesi, nè più vi è andata soggetta.

Risultò sino da allora la importanza capitale dell'elemento nervoso nella determinazione della sofferenza gastrica appendicitica.

In un secondo lavoro del 1913 (2) illustrai una osservazione clinica, la quale aveva assunto il valore di un vero esperimento. Una infermità gastrica, datante da anni e caratterizzata da ipercloridria intensa e da spasmo pilorico, per nulla era migliorata da una gastroenterostomia, mentre poi era guarita *rapidamente e completamente* dopo che il paziente fu appendicectomizzato al seguito della esplosione di una peritonite circoscritta appendicitica. I fenomeni di gastropatia erano stati imponenti ed esclusivi di fronte al più assoluto silenzio dei sintomi appendicitici. Ritenni allora lecito concludere che in presenza di un infermo con sofferenze gastriche croniche a substrato ipercloridrico ribelli ad ogni cura medica, debba l'attenzione del curante essere rivolta sull'appendice nell'intento di indagare se una flogosi cronica di questo organo non stia a mantenere l'ostinata gastropatia.

Queste mie pubblicazioni *non recenti* vengono *adesso* in onore ad opera di chirurgi (3) e di radiologi (4).

Debbo tuttavia ricordare che sin dall'epoca in cui io scrissi quelle memorie il Moynihan aveva insistito sulla coincidenza e sul rapporto fra appendicite, gastropatia dolorosa ed ulcera pilorica e duodenale. L'argomento fu trattato in seguito da Walther, Montais, Rastouil, Jalaguier, Longuet, Siredey, Soltau, Fenwich, Paterson e Roux (5).

Riprendo dopo circa 12 anni a parlare di questa materia, poichè *la osservazione clinica, suffragata dalla biopsia, di poco meno che 2000 appendicitici mi ha dato la opportunità* di approfondire e di estendere la conoscenza dell'argomento col rilievo che bene spesso anche la colecisti partecipa alla complessa sindrome addominale.

La coincidenza assai frequente di manifestazione morbosa fra appendicite, ulcera peptica (pilorica o duodenale) e colecistite soglio chiamare *Sintonia patologica dell'addome destro.*

Lo studio assiduo degli appendicitici, dei gastropazienti, degli ulcerosi piloro-duodenali, dei colecistitici mi ha indotto nella convinzione che tale coincidenza non può considerarsi fortuita, ma legata da un nesso patogenetico, *non del tutto oscuro alla luce delle pubblicazioni mie citate.* Oggi la osservazione clinica si giova enormemente della indagine radiologica; ringrazio il prof. Palmieri, che mi ha coadiuvato a delucidare casi, i quali, dubbi all'inizio dell'indagine, riuscirono poi assolutamente dimostrativi.

Occupiamoci prima della relazione fra appendicite e gastropatia a substrato iperacido.

Suole la gastropatia appendicitica presentarsi sotto questi tre tipi:

1) sofferenza gastrica a tipo iperacido semplice (ipercloridria, gastrosuccorrea);

2) sofferenza gastrica così grave da far sospettare ulcera peptica pilorica o duodenale (spasmo pilorico ipercrino, morbo di Reickmann);

3) ulcera peptica pilorica o duodenale conclamata.

In un certo numero di casi la sintomatologia gastrica si manifesta contemporaneamente alla sintomatologia appendicitica.

In altri invece la sintomatologia appendicitica si manifesta clinicamente solo molto tardi, quando la sindrome gastro-duodenale è già individualizzata.

In altri casi infine la sintomatologia gastroduodenale è chiara ed imponente.

Fino a pochi anni addietro la diagnosi clinica completa era in tali circostanze assai difficile, specialmente allorchè la sintomatologia gastrica prevaleva, mentre quella appendicitica era lieve, tardiva o del tutto obsoleta. Ora la ricerca radiologica, guidata dal clinico in base alla conoscenza del rapporto frequente fra appendicite e gastropatia, *ha potuto mettere in evidenza lesioni gravi appendicolari*:

a) in infermi con gastropatia iperacida così imponente da far sospettare al clinico la presenza di ulcera peptica, che invece non esiste;

b) in infermi con ulcera pilorica o duodenale, nei quali ancora la manifestazione clinica delle lesioni appendicitiche non si era avuta;

c) in infermi in cui la ulcera peptica pilorica o duodenale era conclamata, ma anche la esistenza di appendicite era clinicamente ammissibile.

Le osservazioni di questo genere, il cui numero è assai grande nella mia pratica, stabiliscono il *fatto di coincidenza*, ma non sarebbero sufficienti a stabilire il *nesso patogenetico* fra le due infermità se non si potesse:

1) spiegare come tale nesso fisiopatologicamente possa esistere;

2) dimostrare che, eliminata l'appendice malata, anche la sofferenza gastro-duodenale può venire corretta.

In relazione al 1° punto richiamo le conclusioni del mio lavoro sul dolore epigastrico nell'appendicite. Il riflesso nervoso appendico-gastrico da me scoperto e da tutti controllabile durante le manovre che si fanno sull'appendice e sul suo mesenteriolo all'angolo ileo-cecale durante l'appendicectomia in rachianestesia, se è sufficiente per

spiegare la gastropatia iperacida degli appendicitici, lo è anche per elucidare la patogenesi dell'ulcera pilorica o duodenale concomitante l'appendicite, poichè a base dell'ulcera peptica sta senza dubbio una turba vaso-motrice e secretrice alle dipendenze del simpatico e del vago.

Anche Moynihan e Mayo hanno constatato al momento dell'operazione di appendicectomia spasmo riflesso del piloro sino a provocare stasi gastrica ed ipersecrezione continua di succo gastrico.

Torna qui acconcio ricordare come già da anni lo Schiassi (6-7) abbia sostenuto che un elemento nervoso ed in ispecie nevrosico domini la patogenesi dell'ulcera duodenale e come la operazione da lui proposta a cura dell'ulcera duodenale sia basata sulla sezione dell'apparecchio nervoso che governa il duodeno. Ora la differenza sta in questo tra la concezione dello Schiassi e la mia che per la prima lo stimolo eccitatore della viziata azione riflessa che si scarica sul duodeno partirebbe dal sistema nervoso centrale, per la seconda, cioè per la mia, lo stimolo parte dall'appedice malata. Ed ancora voglio richiamare una constatazione fatta dal Busi (8) all' esame radiologico e cioè che l'arrivo di boli di pasto opaco attraverso il piloro nel duodeno determina contrazione nell'ultima ansa del tenue ed emissione di feci da esso nel cieco attraverso la valvola di Varolio. È da questa osservazione comprovata la esistenza dell'arco diastaltico sintonizzante la funzione motoria piloro-duodenale con quella ileocecale.

In relazione al 2° punto dichiaro di aver veduto *l'appendicectomia guarire completamente e stabilmente*:

a) infermi con gastropatia iperacida semplice;

b) infermi con gastropatia iperacida grave (vero morbo di Reikmann);

c) infermi con ulcera peptica pilorica o duodenale.

Esempi tipici ebbero il controllo dei miei assistenti, di medici locali, e di radiologi.

A questo punto tuttava mi preme mettere in chiaro, per non essere frainteso, che non intendo con quanto ho esposto affermare che di tutte le forme di malattia gastrica a fondo iperacido e della ulcera pilorica e duodenale in ispecie sia elemento patogenetico costante l'appendicite e che nemmeno voglio elevare l'appendicectomia a metodo di cura dell'ulcera peptica. *Enuncio fatti che sono basati sulla osservazione;* generalizzare non si può e non si deve.

Debbo anzi dichiarare che in un certo numero di casi l'appendicectomia non modificò il corso di un'ulcera pilorica o duodenale già avanzata e che la colecistite una volta individualizzata segue, nonostante l'appendicectomia, quasi sempre il suo corso, financo a richiedere l'intervento chirurgico.

Occorre approfondire lo studio sistematico degli appendicitici e degli ulcerosi coi mezzi clinici e radiologici per vedere con quale frequenza e con quali modalità si avveri la coincidenza e la relazione fra le due malattie.

Formulo io stesso le obbiezioni che più facilmente si presentano alla mente. Come si spiega che non tutti gli appendicitici sono gastropazienti iperacidi dal minore al maggiore grado ed inversamente che non tutti gli ulcerosi sono appendicitici? Si può rispondere che per ora veramente non tutti i medici o clinici si sono interessati di studiare sistematicamente questi rapporti e che alla determinazione di una sindrome morbosa non presiede quasi mai una sola causa ma un complesso di concause, di cui alcune originano dal mondo esterno, ma altre invece da condizioni particolari organiche e funzionali attinenti al soggetto malato e che spesso cause molto disparate possono condurre ad una manifestazione morbosa comune. Non si spiegherebbe altrimenti come tutti gli etilisti non siano cirrotici, come gli arteriosclerotici possano essere tali per cause molto diverse e non tutti finiscano apoplettici, come anche si vedano persone delirare per le più dissimili circostanze etiologiche e patogenetiche.

Può sembrare anche difficile e quasi paradossale ammettere la possibilità di guarigione di un'ulcera duodenale ormai stabilita col semplice mezzo della appendicectomia. Alla obbiezione, grave solo in apparenza, può opporsi che l'ulcera guarisce talora anche senza intervento chirurgico diretto sullo stomaco e sul duodeno, e che non è quindi cosa strana il ritenere che l'ulcera possa cicatrizzare durante il rigore dietetico di un trattamento postoperatorio, *dopo una operazione che ha eliminato il fattore patogenetico e che possa poi restare definitivamente guarita appunto perchè tale fattore patogenetico è stato rimosso.*

E passiamo al rapporto fra appendicite e colecistite. L'esame sistematico degli appendicitici mi concede di enunciare questi fatti:

1) in molti individui chiaramente appendicitici si è constatato la esistenza di dolore sia spontaneo che provocato alla regione colecistica;

2) in soggetti appendicitici il radiologo denunciava, insieme ad anormalità dell'appendice, il reperto di aderenze pericistico-duodenali. In alcuni casi la biopsia ha potuto confermare la pericolecistite;

3) l'intervento chirurgico ha confermato la esistenza contemporanea di appendicite e di cole-

cistite in infermi con manifesta sintomatologia delle due infermità;

4) in pazienti, operati per appendicite con biopsia del tutto probativa, è residuata o comparsa a breve scadenza la sintomatologia di una colecistite individualizzata. Alcuni soggetti operati in secondo tempo mostrarono colecistite, talora calcolosa, con pericistite e periduodenite, un complesso di lesioni anatomo-patologiche di data non recente;

5) in alcuni casi la sintomatologia dell'addome destro è stata così complessa da far sospettare ad un tempo la esistenza di appendicite, di ulcera duodenale e di colecistite. Personalmente non ho avuto la opportunità di controllare a mezzo della biopsia o della necroscopia questo reperto clinico. Ognuno comprende come non sia facile sottoporre pazienti ad un intervento così pesante.

È tuttavia recente la relazione della malattia, che condusse a morte il primo Presidente della Repubblica tedesca. Decesso in seguito a peritonite appendicitica, all'autopsia si constatò colecistite calcolosa, di cui il Presidente soffriva da anni, ed ulcera pilorica.

Recentemente Ravina e Ronneaux (9) hanno comunicato la osservazione di una donna nella quale radiologicamente avevano potuto constatare appendicite e colecistite calcolosa insieme ad un restringimento spasmodico così accentuato del duodeno da far sospettare la esistenza anche di ulcera duodenale. All'operazione si riscontrò appendicite cronica e colecistite con un calcolo incuneato nel cistico, ma non ulcera duodenale. Non può sfuggire ad alcuno la importanza di questa osservazione in rapporto alla tesi da noi sostenuta.

Luger, Ludrin e Schlesinger hanno osservato radiologicamente fenomeni di spasmo a carico dello stomaco durante l'attacco colecistitico. Westphal nel 1923 potè constatare durante la colica biliare alterazioni della motilità dello stomaco, cioè aumento di peristalsi, spasmo dell'antro e del corpo del viscere in alcuni casi, oppure rilasciamento completo della parete in altri. Secondo l'A. la causa di ciò sarebbe da ricercarsi in un eccitamento nervoso del vago nel 1° caso, del simpatico nel 2°.

Anche in riguardo alla colecistite concomitante l'appendicite vi sono elementi basati sull'anatomia e sulla fisiologia per ammettere che più che una coincidenza di fatti si debba trattare di una relazione patogenetica.

I nervi della vescichetta biliare emanano dal plesso solare e formano dei plessi annessi all'apparecchio muscolare della colecisti, che hanno una certa analogia col plesso in Auerbach dell'intestino. I plessi presentano, ai punti di intersecazione dei filetti nervosi, gangli microscopici formati da 2-5 cellule.

Chiray e Pavel (10) in base a recenti studi sperimentali ritengono che il vago sia il nervo eccitomotore della vescichetta biliare, il quale agirebbe indirettamente per l'intermediario dei gangli auto-motori. Lo svuotamento della vescichetta biliare avviene sotto l'influenza delle onde peristaltiche duodenali (Harer, Hargis, van Metter) o dell'apertura dello sfintere d'Oddi (Winkelstein, Aschner).

Ora, se noi richiamiamo alla mente la influenza che esplica a distanza, a mezzo dell'arco nervoso riflesso vago-simpatico da me studiato, l'appendice malata sul piloro e sul duodeno, se richiamiamo le osservazioni del Busi e di Ravina e Ronneaux, non sarà difficile intuire quale turba nel giuoco nervoso interdipendente del duodeno e della colecisti possa derivarne. Turbamento che ha con ogni probabilità per effetto un viziato deflusso ed un ristagno della bile nella colecisti colle conseguenze facili di inquinamento batterico, di alterazione del contenuto e di flogosi della parete.

Tale meccanismo invero più chiaro appare in base alla concezione che io ho dalla fisiologia della vescichetta biliare. Questa non deve, io credo, essere intesa come un serbatoio destinato a raccogliere la bile da riversarsi poi al momento opportuno nel duodeno od a concentrare e modificare questa, come alcuni autori pretendono, ma come una cavità, un lago atto a ricevere, invece del coledoco, l'onda di rimbalzo intermittente, che si determina lungo la via secretrice principale sotto le brusche contrazioni dello sfintere di Oddi.

Il coledoco per il suo calibro, per lo spessore delle pareti, e la relativamente esigua elasticità di esse, è poco adatto a ricevere tale onda di rimbalzo, che si trasmetterebbe con danno sulle vie alte, cioè sui dotti epatici e sulla rete capillare intraepatica. Per tale meccanismo di pulsione può anche spiegarsi come, dopo la colecistectomia, si formi talvolta un rudimento di colecisti nuova dal moncone di dotto cistico residuato e come nei primi tempi i colecistectomizzati provino talora sofferenze al momento della digestione o coliche epatiche abortive, che poi in seguito si dileguano per non più comparire. Swect ha messo in rilievo che lungo i condotti intra- ed extraepatici sono disposti dei piccoli sacculi (molto numerosi negli animali sprovvisti di cistifellea) i quali aumentano di numero e di volume negli operati di colecistectomia. Avrebbe dunque la colecisti, se il paragone è concesso, la stessa funzione di un lago serbatoio delle acque

risalenti un porto-canale durante una tempesta o l'alta marea. Si richiami pure sotto questo punto di vista, la disposizione dell'ultimo tratto del cistico, il quale è parallelo al decorso del coledoco stesso.

Così intese le azioni riflesse motorie, vasomotrici e secretrici, le quali, per la irritazione flogistica dei nervi appendicolari, si determinano, intermediari il plesso solare e il vago, nell'ambito del piloro, del duodeno e secondariamente della colecisti, resta giustificato in determinati casi il concetto di una *sintonia patologica dell'addome destro*. La quale trova suffragio dall'osservazione clinica, da quella radiologica, dall'anatomia, dalla fisiologia e dalla fisiopatologia.

BIBLIOGRAFIA.

(1) SOLIERI S. *Ueber den epigastrischen Schmerz bei Appendicitis*. Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und Chir., Band 25, 1912; Revue de Chirurgie, 33° Ann., n. 4, 1913.
(2) SOLIERI S. *Su la gastropatia iperacida di origine appendicolare*. Rivista ospedaliera, n. 10, 1913. Mitteilungen aus den Grenz. der Med. und. Chir., Band 26, Heft 5, 1913.
(3) TORRACA. *L'iperalgesia cutanea in alcune affezioni degli organi addominali*. Annali ital. di Chirurgia, anno IV, 1925, fasc. 3.
(4) PALMIERI G. G. *Di alcune sindromi radiologiche dell'addome destro*. Comunicaz. fatta alla Società medico-chirurgica di Bologna, 13 febbraio 1925.
(5) ROUX I. C. Paris médical, n. 49, 7 dicembre 1918. Vedi ivi la letteratura.
(6) SCHIASSI B. *Diagnostica dell'ulcera duodenale*. Arch. Atti della Soc. italiana di Chirurgia, 1911.
(7) ID. *Quale è ora il migliore trattamento dell'ulcera del duodeno?* Il medico italiano all'estero, anno 11, n. 1, Milano.
(8) BUSI A. *L'esplorazione radiologica della fossa ileo-cecale*. Giornale di Clin. medica, fascicolo X-XI, 1920. Seconda riunione dei radiologi emiliani, 29 novembre 1920.
(9) RAVINA et RONNEAUX. *Calcul du cystique; appendicite cronique; troubles fonctionnels réflexes du duodenum*. Société franç. d'électr. et de radiologie, Séance 28 avril 1925.
(10) CHIRAY e PAVEL. *Physiologie de la vesicule biliare*. Presse méd., n. 43, 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE DI GROSSETO
diretta dal dott. prof. O. CIGNOZZI.

Lesioni cutanee predisponenti all'innesto del sifiloma.

Dott. prof. ORESTE CIGNOZZI
docente di Patologia speciale chirurgica, di Clinica chirurgica e medicina operatoria, chirurgo primario, direttore delle Sale celtiche.

Che ogni via aperta cutanea nella sfera genitale, ma anche in altre parti del corpo mucose e della pelle rappresenti la strada d'ingresso dello spirocheta è un assioma scientifico che la patologia e la clinica hanno oramai sanzionato di fronte alle malattie infettive e contagiose: in modo che oggi questo punto del problema dell'innesto d'infezioni ad ingresso locale con relative manifestazioni iniziali nel campo della sifilide si può dire oramai confermato e dimostrato.

Il caso che riferisco si discosta dalle comuni osservazioni d'infezione sifilitica *post coitum*, per talune peculiarità di complicazioni che hanno preceduto l'insorgere di 3 sifilomi dei genitali, di cui due sulla cute dell'asta ed uno sulla pelle dello scroto come mostra l'annessa fotografia.

Si tratta appunto di mettere in evidenza il fatto che lesioni violente dell'asta e dello scroto che seguirono di una settimana un coito impuro e contagioso, diedero luogo appunto, dopo 7 giorni, all'installarsi lenta e graduale di una manifestazione sifilitica iniziale locale nei punti in cui con più accentuazione aveva agito una lesione da ustioni da benzina.

La storia clinica del malato serve più di ogni altra illustrazione a delucidare questa fase infettante a distanza per la lue.

Il giovane circa settanta giorni prima del mio esame aveva avuto contatti sessuali fisiologici con una prostituta di locale pubblico, la quale secondo indagini secondarie ebbe a contagiare in quell'epoca ben altri 6 individui, che sono stati sotto la mia cura quasi contemporaneamente ad esso nelle sale ospedaliere.

Circa 7 giorni dopo questo coito, che è stato l'ultimo, a circa 3 mesi di distanza dal precedente, esso si accorse di avere qualche *pediculum pubis* e per questo per consiglio di amici ricorse ad abbondanti lavaggi locali con benzina in cui sciolse 2 grammi di sublimato, che in parte restarono insoluti.

Dopo qualche ora fu assalito da violenti dolori alle borse ed all'asta; si formarono ben presto delle vescicole ed in 3 punti i giorni seguenti si stabilirono delle escare necrotizzanti.

Con impacchi d'acqua sterile egli potè mitigare la flogosi e ridurre le ustioni prodotte a tre soli punti di cancrena cutanea, che dopo altri 15 giorni si poterono ben detergere.

Da questo momento; cioè 30 giorni dopo il coito, le 3 piaghe invece di procedere regolarmente verso la cicatrizzazione, incominciarono, a detta del paziente, ad allargarsi ed a prendere un aspetto diverso ed a secernere maggiore quantità di pus. Dopo alcuni giorni sopravvenne un edema diffuso dell'asta che lentamente crescendo costrinse il malato a ricorrere all'ospedale.



Da questo momento notai delle croste diffuse al pube, allo scroto, all'asta, che nascondevano in profondità le lesioni cutanee, che perciò male si potevano apprezzare.

Occorsero ben 10 giorni prima di potere detergere tutto questo focolaio genitale ricoperto da eczema, sotto cui potei ben constatare 3 lesioni ulcerative, due dell'asta ed una dello scroto.

Ci si avvicinava già al 70° giorno dal coito quando dopo una netta detersione dei tessuti potei apprezzare meglio i caratteri di queste tre lesioni ulcerative. Esse avevano sede su di un tessuto in parte di recente cicatrizzato, rotondeggianti, molto dure ed infiltranti, a superficie irregolare, suppuranti, indolenti, a carattere ben netto di sifilomi. Le ghiandole linfatiche ingrossate, mostravano a sinistra un pacchetto adeoideo inguino-crurale molto accentuato, come mostra la fotografia.

Prima di iniziare la cura specifica attesi altri venti giorni circa per vedere se comparivano altri fatti che mi potessero meglio confermare la diagnosi, ed infatti attorno ai 90 giorni una roseola diffusa all'addome ed alla radice delle coscie mi confermò l'ipotesi diagnostica di sifilomi. Contemporaneamente si ebbero placche mucose alle tonsille ed alle labbra.

Con intensa cura arseno-bismutica intramuscolare potei in quattro settimane debellare totalmente i fatti locali ed ottenere la guarigione dei 3 sifilomi ed il miglioramento sensibile delle condizioni generali in modo che oggi il giovane, pur proseguendo nella cura, si trova guarito dalle sue lesioni contagiose.

Il caso che riferisco ha appunto un certo interesse dal punto di vista patogenetico; poichè la

storia clinica ed il decorso di queste alterazioni ci dimostrano alcuni punti importanti fra le cause predisponenti a contrarre la sifilide.

Infatti da questa osservazione si desume come il germe infettante sia rimasto integro nelle manovre di disinfezione praticate dopo 7 giorni con la benzina ed il sublimato, certo annidato negli strati più profondi della cute; come esso ha potuto raggiungere e vegetare alla superficie granulante di 3 soluzioni di continuo provocate, dopo molti giorni dal coito, dalle ustioni da benzina, sull'asta e sullo scroto; e come raggiunte queste tre lesioni si siano formati 3 sifilomi, che con un decorso di tempo normale hanno dato luogo ad infiltrazioni ghiandolari ed alle manifestazioni secondarie cutanee e mucose (roseola e placche mucose).

Da questi fatti anatomo-clinici si desume quanto pericolose siano spesso tutte quelle manovre inconsulte di disinfezione locale, che talora i profani adottano; e che per essere più radicali e più efficaci, secondo un'errata concezione, essi praticano con le funeste conseguenze di lesioni chimico-fisiche dei tessuti dei genitali: le quali al contrario sono il campo predisponente all'innesto del sifiloma: in modo che tali pratiche disinfettanti non solo non ovviano al pericolo dell'infezione; ma invece sono esse che aprono la strada al contagio.

Da queste brevi considerazioni facilmente si deduce come in tema di profilassi le norme dell'igiene sessuale e dell'antisepsi debbono essere intese in modo, che esse vengano praticate con mezzi e modalità che non offendano affatto i tessuti ed abbiano di mira anzi la massima integrità della cute e delle mucose, per evitare appunto il pericolo d'innesti quando si vogliano usare metodi e liquidi chimici e fisici che alterano la nutrizione dei tessuti superficiali dei nostri tegumenti: come il caso clinico sopra riferito dimostra con molta evidenza.

Un caso di sporotricosi gommosa.

Dott. GIOVANNI JAJA.

La sporotricosi è ormai una forma morbosa ben nota e definita, quindi l'esposizione del presente caso non sarebbe opportuna, se, come dice lo stesso De Beurmann, non fosse necessario segnalare i casi osservati nei paesi ove questa micosi non era stata scoperta ancora ed ove poteva pensarsi che essa non esistesse affatto. E poichè, per quel che mi risulta, tranne quello osservato nella Provincia di Benevento e descritto dallo Stanziale, nessun caso è mai stato segnalato nell'Italia Meridionale, ritengo di fare cosa non priva di un certo interesse nell'esporre questo che ebbi occasione di osservare in Bari nell'esercizio della mia pratica privata.

Storia clinica. — N. I., proprietario di campagna, di anni 50, coniugato, senza prole.

Non presenta nulla di notevole nè in via ascendente nè in via collaterale. Costituzione generale buona; organi interni e sistema nervoso sani. Sofferse il morbillo da bambino poi ulceri semplici contagiose ed infine uretrite blenorragica complicatasi con epdidimite sinistra. Non si allontana da Bari dal 1913.

L'attuale malattia iniziò nell'agosto 1923 con una piccola tumefazione in prossimità della cicatrice ombelicale, dura ed indolente, alla quale l'infermo non dette peso se non quando la vide aumentare di volume ed infine aprirsi all'esterno con fuoruscita del suo contenuto. A questa prima formazione nodulare ne seguirono ancora numerose altre, che avevano tutte la tendenza ad aprirsi all'esterno. Pronunziata diagnosi di gomme sifilitiche, il paziente venne sottoposto ad una cura antisifilitica, condotta alcune volte con sali mercuriali, altre con associazione di arsenobenzoli e mercuriali. Ma durante tutti i cicli di cura le lesioni si mostrarono ostinatamente insensibili ad essi, e, piuttosto che riparare, aumentarono di numero. Tutte le reazioni Wassermann praticate, erano state sempre completamente negative.

Obiettivamente si nota che la dermatosi occupa la zona cutanea compresa fra il quadrante inferiore di sinistra, i due quadranti di destra dell'addome e la regione del fianco destro. Su di essa si notano sei ulcerazioni di ampiezza varia, da quella di una moneta da due centesimi a quella di uno scudo, di forma generalmente tondeggiante, ovalare in qualcuna, una delle quali è ricoperta da una crosta rosso-bruna, sollevata sul piano cutaneo, spessa, fortemente aderente e circondata da un alone rosso-vinoso che va degradando alla periferia. In quattro di esse i margini sono regolari, tagliati a filo, ispessiti, scollati, di colorito violaceo, di consistenza molle; il fondo è di colorito rosso-vinoso, pianeggiante, rivestito qua e là di tessuto grigio-giallastro aderente, appena umettato, quasi verniciato, da un liquame giallo-grigiastro filante e vischioso ed è facilmente sanguinante. Due altre invece si discostano da questo tipo, per avere i margini nettamente frastagliati, quasi affatto scollati, ed il fondo notevolmente anfrattuoso, che presenta quà e là granulazioni torpide. Una settima lesione è ancora costituita da una tumefazione emisferica, della grandezza di un'avellana, con cute sovrastante violacea nel centro, che degrada in rosso-vivo ed in roseo alla periferia, di consistenza molle, e lievemente dolente alla palpazione. Nella parte più alta della sua cupola, presenta una crosticina lenticolare gialliccia che, distaccata, scopre un foro di piccole dimensioni, a margini regolari, dal quale, a moderata pressione, fuoriesce liquame giallo grigiastro. Nella cute delle stesse regioni, si notano qua e là nove rilevatezze emisferiche, di dimensioni varie, da quella di un pisello a quella di una noce, ricoperte da cute integra, di colorito normale sulle più piccole, che diviene rosso-vivo, rosso-vinoso sulle più grosse, e che degrada insensibilmente alla perife-

ria; la cute, perfettamente spostabile e sollevabile su di esse, diviene aderente sulle due rilevatezze più grosse, che presentano colorito più scuro e rammollimento notevole nella parte più alta della cupola. Qualcuna è lievemente dolente alla pressione. Nulla si nota alla più attenta osservazione del resto dell'ambito cutaneo.

In queste condizioni il paziente si sottopose al mio giudizio.

Alla prima osservazione il caso mi sembrò di notevole interesse. Vi erano sette ulcerazioni, 4 delle quali, per il loro aspetto generale, pel colore dei margini, per i loro bordi tagliati a filo e scollati, per i caratteri del fondo, ecc., assumevano il particolare aspetto delle gomme sifilitiche ulcerate, aspetto che era ricordato perfettamente anche dai noduli ricoperti da cute integra. V'era da notare però che l'infermo presentava il sistema glandolare in istato perfetto, che aveva praticate diverse R. W. a risultato costantemente negativo, qualcuna delle quali previa riattivazione, e che la cura antisifilitica istituita non aveva prodotto la minima trasformazione delle lesioni, mentre durante il suo corso altre se ne erano prodotte ed avevano ulcerato. Al contrario, delle tre rimanenti formazioni nodulari ulcerate, due, per avere i margini nettamente frastagliati, il fondo notevolmente affrattuoso, con scarse granulazioni torpide, ed una terza per aver dato luogo ad un seno fistoloso, ricordavano più da presso una forma tubercolare, il sospetto della quale mi pareva però potersi escludere, tenendo presenti i limiti di tempo in cui tante lesioni erano insorte, il rapido evolversi di esse, il perfetto stato degli organi interni dell'infermo, ed infine i precedenti negativi di esso.

Per questo insieme di cose, fin dal primo istante sospettai una forma micotica, e mi rivolsi quindi alle prove di laboratorio per ottenere la conferma di questo sospetto. Il reperto positivo dello sporotrichum Beurmanni ottenuto nelle culture allestite, mi dispensa dal parlare più diffusamente della diagnosi; mi limiterò ad osservare che, anche in questo caso, il sospetto della natura micotica, nacque proprio dal diverso comportarsi delle lesioni, che, come si rileva da quanto ho detto, presentavano i caratteri di forme morbose tanto diverse fra loro. Questo fatto è quasi costante nelle lesioni sporotricosiche, che assumono spesso il carattere di lesioni di natura diversa, cosa che facilmente fa incorrere in errori diagnostici; quasi sempre però, vi è qualche cosa, o qualche lesione, non perfettamente caratteristica delle altre forme, che induce nel dubbio. Una volta che questo sia sorto, è facile giungere alla diagnosi esatta, data la semplicità dei mezzi di laboratorio occorrenti. Perciò in linea di massima può dirsi che, per diagnosticare una sporotricosi, basti sospettarla.

Prova culturale. — Seminai dei tubi di Agar-glucosato di Sabouraud con prodotto raccolto dai noduli a superficie ancora integra, a mezzo di agopuntura, e li tenni a temperatura di laboratorio, non incappucciati. Fra il terzo ed il sesto giorno, in tutti i tubi, apparvero punti bianco giallastri, particolarmente lucenti, spesso raggruppati, appiattiti; questi, accrescendosi, si distesero a guisa di sottile membrana, mentre su di essi cominciarono subito a notarsi dei solchettini raggiati; in breve tempo la parte centrale divenne più rilevata e più scura, tendente al bruno, mentre i solchi si approfondirono diventando più irregolari ed intersecandosi; la zona periferica invece continuò a mantenersi più chiara e più finemente e regolarmente pieghettata, mentre le pieghe erano tutte più o meno regolarmente orientate verso il centro della colonia. Col passare dei giorni, mentre le colonie aumentarono in superficie, le zone centrali divennero sempre più rilevate e di colore tendente al marrone; ed assunsero il classico aspetto delle circonvoluzioni cerebrali.

Esame microscopico del fungo. — Alcuni tubi di coltura, seminati col mezzo della Colata di pus, mi permisero di poter seguire lo sviluppo caratteristico del fungo, applicando il tubo stesso al microscopio. Prima ancora che le colonie si rendessero visibili sul terreno da coltura, sulla parete del tubo si cominciarono a notare dei lunghi miceli, sottili, incolori, brillanti, rettilinei, segmentati in maniera assai ineguale, che cominciarono ad intrecciarsi fra loro. Più tardi si cominciarono a notare le ramificazioni dei miceli, irregolari, impiantate su questi ad angolo più o meno retto, mentre quà e là cominciava a scoprirsi l'inizio della sporoluzione. Le spore si mostravano di forma e di grandezza alquanto variabile, generalmente ovoidi, qualche volta globose, ed ognuna di esse era impiantata sulle ramificazioni secondarie a mezzo di un cortissimo peduncolo, alcune volte isolatamente, più spesso riunite in gruppi di numero vario.

Dai caratteri macro- e microscopici delle culture, ora esposti, che riproducono nei loro dettagli quelli classici dello sviluppo dello sporotrichum Beurmanni, potetti concludere che la forma cutanea fosse effettivamente una micosi, e propriamente una sporotricosi dovuta a sporotrichum Beurmanni.

Avrei voluto completare le mie indagini con le prove della sporo-agglutinazione e della fissazione del complemento; ma l'infermo si rifiutò categoricamente a questo mio desiderio nonostante le mie vive pressioni; avendo egli praticate diverse R. W. ogni nuova proposta di estrazione di sangue lo esasperava. Non tentai neppure di procedere ad un esame istologico; egli

non domandava che un trattamento, e sollecito, per vedere riparate le piaghe del suo corpo.

Cura. — Questa consistè nella somministrazione di ioduro di potassio, ritenuto, com'è noto, il trattamento di elezione in questa forma morbosa. Esso fu assorbito a dose giorno per giorno crescente, e, data la tolleranza ottima del medicinale, si arrivò a somministrarlo fino alla quantità di 6 grammi al giorno. Localmente le ulcerazioni furono trattate con applicazioni di garza imbevuta di soluzione iodo-iodurata 1:100, ed i noduli integri, ma rammolliti, con svuotamento a mezzo di ago-puntura, e successiva iniezione della stessa soluzione. Questo trattamento locale, iniziato a cura già inoltrata, accelerò notevolmente la riparazione delle lesioni; solo qualcuna mostrò una granulazione esuberante, ma opportunamente trattata, in breve riparò. I noduli non ancora fluidificati si arrestarono nel loro sviluppo, e rapidamente l'infiltrato venne riassorbito. Tutte le lesioni dettero origine alle caratteristiche cicatrici leggermente infossate nel centro a cute leggermente atrofica, alcune volte di colorito più chiaro della cute sana, altre di color roseo, liscia sottile e circondata da un alone di pigmentazione bruna, discretamente ampio. Ottenuta la riparazione la cura venne proseguita per parecchio tempo, per prevenire possibili recidive, delle quali non si ebbe mai accenno.

CONSIDERAZIONI.

Non è facile stabilire quale sia stata la porta d'ingresso del male in questo caso. Le numerose domande rivolte all'infermo non sono riuscite a far stabilire nulla di preciso; egli asserisce categoricamente che la lesione ombelicale sia stata la prima a comparire. L'infermo non ricorda che sia accaduto nulla, prima di questo fatto, che possa chiarire il meccanismo d'infezione; soltanto dice che diversi mesi prima egli si punse con uno spino alla regione toracica destra; venne fuori una gocciola di sangue, e poi l'infermo non notò più nulla in quel punto, tanto che non sa precisarlo.

Potrà avere importanza questo fatto sotto il punto di vista dell'infezione? Si presenta subito alla nostra mente l'idea che per quella puntura lo sporotrichum sia penetrato in quell'organismo, e che vi sia rimasto in istato di latenza assoluta, o producendo lesioni minime, clinicamente inapprezzabili, fino a quando per una causa a noi ignota sia entrato in istato di virulenza e si sia andato a localizzare nelle regioni descritte. La diffusione del parassita dal punto d'innesto fino alla prima lesione apprezzabile sarebbe avvenuta per via ematica o linfatica; in questo caso la puntura dello spino andrebbe considerata come la lesione iniziale. La mancanza assoluta di lesioni apparenti sul luogo della puntura dello spino ci vieta di ritenere decisamente come esatta questa ipotesi. Potrebbe darsi altresì che l'infezione avesse avuto luogo o per innesto diretto sulla cute (grattamento?) ove si notò la prima formazione nodulare, o ancora per via ematica o linfatica, ma attraverso il tramite delle mucose o delle vie digerenti.

I casi di sporotricosi osservati in Italia fino ad oggi sono scarsi: 8 a Roma, da Campana, Curcio, Carruccio, e Carlucci; 3 a Torino, da Vignolo-Lutati; 2 a Firenze, uno da Mibelli, ed uno da D'Agata; 2 a Padova, da Breda e Vivaldi; 1 a Genova, da Sprecher; 1 alla Maddalena, da Battaglia; 1 a Milano, da Segrè; 1 a Napoli da Stanziale; 2 da Fiorito e Pidone; 1 da Oreste, e forse qualche altro che mi sfugge. Ma, questi casi sono tanto scarsi perchè effettivamente la forma morbosa sia rara in Italia, o perchè manca l'abitudine di ricercarla? Data l'affinità clinica, alcune volte tanto spiccata, di questa forma morbosa con altre di diversa natura, si comprende come possano essere facili gli errori diagnostici, che ci conducano a farcela ritenere molto più rara di quella che forse è in realtà. Perciò sarebbe necessario ricercare lo sporotricum tutte le volte che ci si trovi di fronte a lesioni che possano essere a questo attribuite, specialmente quando queste si mostrino poco o nulla sensibili ad altre terapie specifiche per altre forme. Solo così potrebbe giungersi a stabilire dati più certi sulla frequenza della sporotricosi in Italia.

Ho voluto esporre sinteticamente questo caso, e perchè quelli osservati in Italia sono piuttosto scarsi e perchè, per quel che mi risulta, è l'unico del genere osservato nel mezzogiorno d'Italia da Benevento in giù; se ne ricava quindi la nozione che questa forma morbosa è presente anche in questa regione d'Italia ove si supponeva che non esistesse.

Bari, marzo 1925.

Su di un caso di elefantiasi dei genitali e degli arti inferiori secondaria ad infortunio del lavoro.

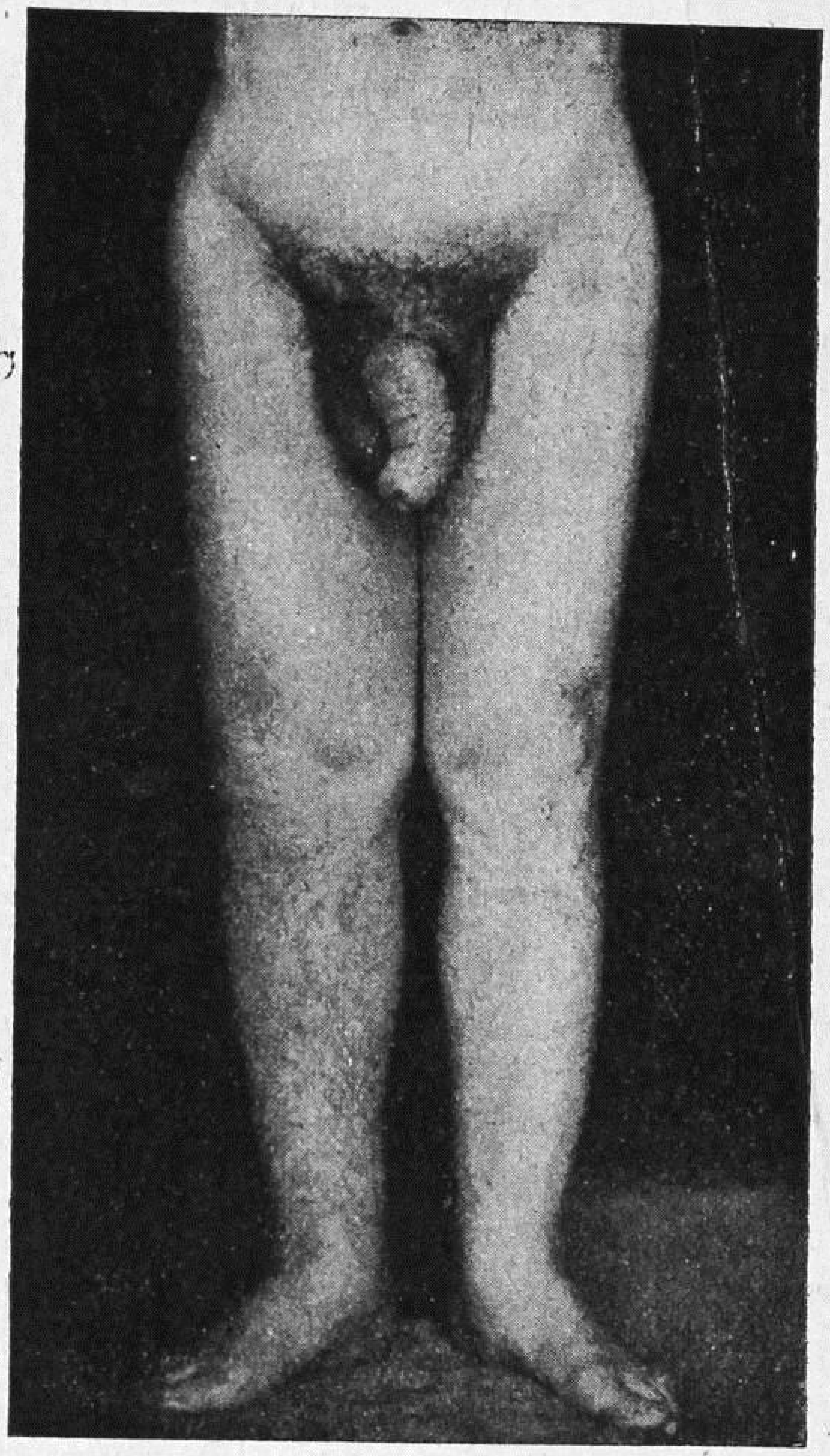
NOTA CLINICA del dott. GIACOMO MUCCINI.

L'elefantiasi nella pratica infortunistica è una evenienza rara anzi rarissima, perchè in generale gli infortuni sul lavoro ripetono la loro origine da momenti causali improvvisi, istantanei e violenti, mentre l'elefantiasi è sempre la conseguenza di stimoli che agirono per lungo tempo; è una affezione a decorso cronico, come cronica, per così dire, è la durata delle cause che la provocarono.

Comunque un avvenimento infortunistico, che pur si compia con la massima celerità, può lasciare delle lesioni che a loro volta ingenereranno l'elefantiasi.

Zanella Giovanni di Francesco di anni 40, da San Donnino, Piazza al Serchio, è coniugato da 13 anni; ebbe 4 figli, uno dei quali morto subito dopo la nascita: genitori, un fratello e tre sorelle vivi e sani.

Perdette una sorella per tubercolosi generalizzata. Visse sempre in Europa, non contrasse mai



sifilide nè blenorragia, nè malattie veneree, non conta nella sua famiglia affezioni nevropatiche; non ebbe mai affezioni agli arti inferiori, nè dei genitali.

Individuo di costituzione robusta, a masse muscolari bene sviluppate, pannicolo adiposo normale, sviluppo scheletrico regolare: non presenta tracce traumatiche, nè cicatrici d'altra natura agli arti inferiori.

Operaio della Ditta Verraud, mentre il giorno 21-7-1924, attendeva a prendere della legna da una catasta, caddero alcuni pezzi che lo investirono all'inguine destro e precisamente in corrispondenza della branca destra del pube. Provò allora vivo dolore alla parte, dolore che si irradiava verso il testicolo corrispondente e che lo costrinse a desistere dal lavoro. Notò quasi subito che il prepuzio e lo scroto si gonfiavano; e circa dopo trenta giorni incominciò a tumefarsi anche l'arto inferiore destro, e più tardi anche l'arto inferiore sinistro. All'esame odierno si riscontrano infatti il prepuzio e lo scroto enormemente tumefatti: gonfiati tutti e due gli arti inferiori e la metà inferiore della pelle dell'addome.

La pelle di tutte queste parti è piuttosto pallida e rugosa, dura e ispessita. Le dette parti sono considerevolmente aumentate di volume.

Ecco le misure:

Lunghezza del prepuzio cm. 14.
Circonferenza alla base cm. 17.
Circonferenza in estremità cm. 12.
Collo del piede destro cm. 32.
Collo del piede sinistro cm. 30.
Terzo inferiore della gamba destra cm. 29.
Terzo inferiore della gamba sinistra cm. 27.
Terzo medio della gamba destra cm. 43.
Terzo medio della gamba sinistra cm. 41.
Terzo inferiore della coscia destra cm. 52.
Terzo inferiore della coscia sinistra cm. 47.
Terzo medio della coscia destra cm. 56.
Terzo medio della coscia sinistra cm. 50.
Terzo superiore della coscia destra cm. 57.
Terzo superiore della coscia sinistra cm. 54.
Circonferenza del bacino cm. 96.
Circonferenza ombelicale cm. 76.
Circonferenza dello scroto cm. 34.

L'elefantiasi dunque si manifesta come il risultato di svariate affezioni, specie cutanee, che hanno fra loro a comune il carattere di ingenerare delle stasi croniche nel sistema dei vasi linfatici.

Così estese suppurazioni delle glandule inguinali e successie cicatrici profonde, determinanti occlusione più o meno completa delle vie linfatiche, provoca elefantiasi dei genitali e degli arti inferiori.

Fra le cause più comuni sono da ricordare la linfangite cronica semplice, la sifilitica, la tubercolosa, la cancerigna e la linfangite da filaria e da erisipela recidivante. Nelle due ultime forme l'ostacolo al circolo linfatico si spiega in primo tempo dall'accumulo nei vasi linfatici degli elementi della filaria, o dagli streptococchi della risipola; in secondo tempo dal processo di linfangite cronica residua.

Tuttavia in seguito a numerose ricerche ed in base ad osservazioni sperimentali dai più non si ammette che la stasi linfatica possa essere la sola causa della elefantiasi, ma che invece siano necessari per l'imponente quadro della malattia anche altri elementi che per ora sfuggono alla nostra osservazione, forse il disturbo di circolo venoso, o il processo infiammatorio in sè, oppure un disturbo trofonevrotico che agisca, almeno all'inizio, nella stessa maniera che per l'edema angionevrotico traumatico.

È da chiedersi insomma se nella patogenesi di tale malattia, considerata o no come esito più o meno lontano di flogosi o di disturbo meccanico o come neoformazione vera e propria, non possa eventualmente concorrere anche un fattore trofico, ripeto, capace di determinare da principio delle semplici alterazioni funzionali vasomotorie, regionali e poi in seguito al prolungarsi di esse, anche delle alterazioni istologiche delle pareti dei vasi sia linfatici che venosi con tutta la concomitante coorte sintomatica e anatomica.

Fra le cause sono pur ricordate l'ereditarietà, la razza, l'età, la predisposizione, ecc.

Nel caso nostro però è al trauma che deve risalire la responsabilità. È dopo di esso che il quadro elefantiasico si è presentato.

Ma come ha agito?

Ha forse leso la vena femorale determinando un arresto di circolo e sotto e sopra all'ostacolo, lasciando immobile il torrente venoso e così il trombo formatosi fino all'altezza della vena iliaca primitiva di destra avrebbe determinato l'arresto anche nella corrispondente sinistra. A questo modo si spiega l'insorgenza e la diffusione dell'edema, prima manifestazione dell'elefantiasi.

1) Ma in tal caso deve proprio parlarsi di elefantiasi? Io ritengo che sì perchè un processo di flebite anche se bilaterale, non interessa quasi mai i genitali, e, in dannata ipotesi, sempre tardivamente e in casi eccezionalissimi. Nel caso nostro invece il prepuzio e lo scroto sono stati i primi ad essere colpiti.

Ed è noto come si possa avere l'elefantiasi dei genitali, e non degli arti, mentre è noto altresì che si ha flebite degli arti e non dei genitali.

2) Francamente il processo che data già da sette mesi, non ha mostrato di arrestarsi, come avviene in generale per le comuni flebiti, ma invece è andato aggravandosi ogni giorno più, tanto che io penso che la fase finale di questo infortunio sarà l'istituzione di una vera e propria elefantiasi.

Non tenendo conto della pigmentazione della cute e della ipertrofia del corpo papillare che si riscontrano nelle forme verrucose, le alterazioni principali dell'elefantiasi hanno sede nel tessuto cellulare sottocutaneo e in sostanza consistono in un enorme aumento del tessuto connettivo.

All'inizio del processo, e in alcune forme anche più tardi, come nell'elefantiasi molle, questo tessuto connettivo neoformato è soffice; gli interspazi sono riempiti di liquido linfatico, ma nella maggior parte dei casi nel proseguo della malattia il tessuto connettivo diventa sempre più denso e duro, sicchè in ultimo resta trasformato in una cotenna spessa che al taglio ha l'aspetto lardaceo.

Sovente si riscontra dilatazione delle vene, e specialmente nelle forme di elefantiasi tropicale, dilatazione dei vasi linfatici.

In ultimo restano affetti anche i tessuti profondi: i muscoli e le ossa. Nei muscoli ha luogo una proliferazione del tessuto interstiziale ed atrofia della vera sostanza muscolare; nelle ossa manifestasi neoformazione di sostanza ossea e stracificazioni ostefitiche in forma di esostosi, spesso numerosissime e svariate.

La prognosi è fausta *quoad vitam*, perchè l'elefantiasi non ingenera fenomeni pericolosi per l'organismo.

Al contrario è infausta la prognosi *quoad sanationem* poichè l'involuzione del tessuto connettivo neoformato è possibile in grado limitato e nei casi cioè che si prestano ad un intervento chirurgico, come l'elefantiasi dei genitali e in parte anche quella degli arti inferiori mediante la resezione dell'aponeurosi femorale secondo il processo di Condolèon.

L'elefantiasi produce notevoli disturbi di funzione; poichè da una parte per il peso dell'estremità ingrossate, e per la limitazione della mobilità delle articolazioni nonchè per l'atrofia secondaria della muscolatura viene reso più difficile agli infermi l'uso degli arti.

Castelnuovo Garfagnana, 5 febbraio 1925.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
Direttore prof. L. LUCATELLO.

Seriografo o selettore?

(Nota preventiva).

Dott. PIETRO PERONA, dirig. del Gab. Radiologico.

Fin dal novembre scorso nel gabinetto radiologico della R. Clinica Medica si usa un tipo di seriografo da me ideato.

Tale apparecchio, in questo periodo di tempo, ha subito varie modificazioni suggerite a volta a volta da necessità che si prospettavano durante l'esame del paziente, e solo da poco ha assunto una forma definitiva. Esso, più che il seriografo del prof. Busi ricorda il selettore Béclère, e come questo può essere usato a malato eretto e supino. Mediante uno schermo fluorescente unito all'apparecchio è possibile l'indagine radioscopica, con la quale si determina inoltre il momento più propizio per l'esecuzione di un radiogramma. L'utilità dello schermo è doppia, poichè durante il brevissimo tempo dell'istantanea si può controllare radioscopicamente il radiogramma eseguito; ne consegue da tutto ciò la possibilità di ridurre

notevolmente il numero dei radiogrammi. E siccome le films impiegate sono di piccolo formato, è evidente un risparmio non indifferente di materiale e di tempo.

Inoltre il seriografo è costruito in modo da permettere lo studio radiografico non solo della regione piloro-duodenale, come accade per gli altri tipi, ma di tutta la porzione inferiore dello stomaco (talora necessario nelle forme neoplastiche iniziali) pur conservando lo stesso formato delle pellicole. La sua superficie è poi così piccola che l'esame può essere iniziato durante la ingestione del pasto.

L'impiego di questo apparecchio presuppone naturalmente l'uso del Coolidge col quale è possibile (tenendo un personale addestrato al tavolo di comando) passare rapidamente (meno di un

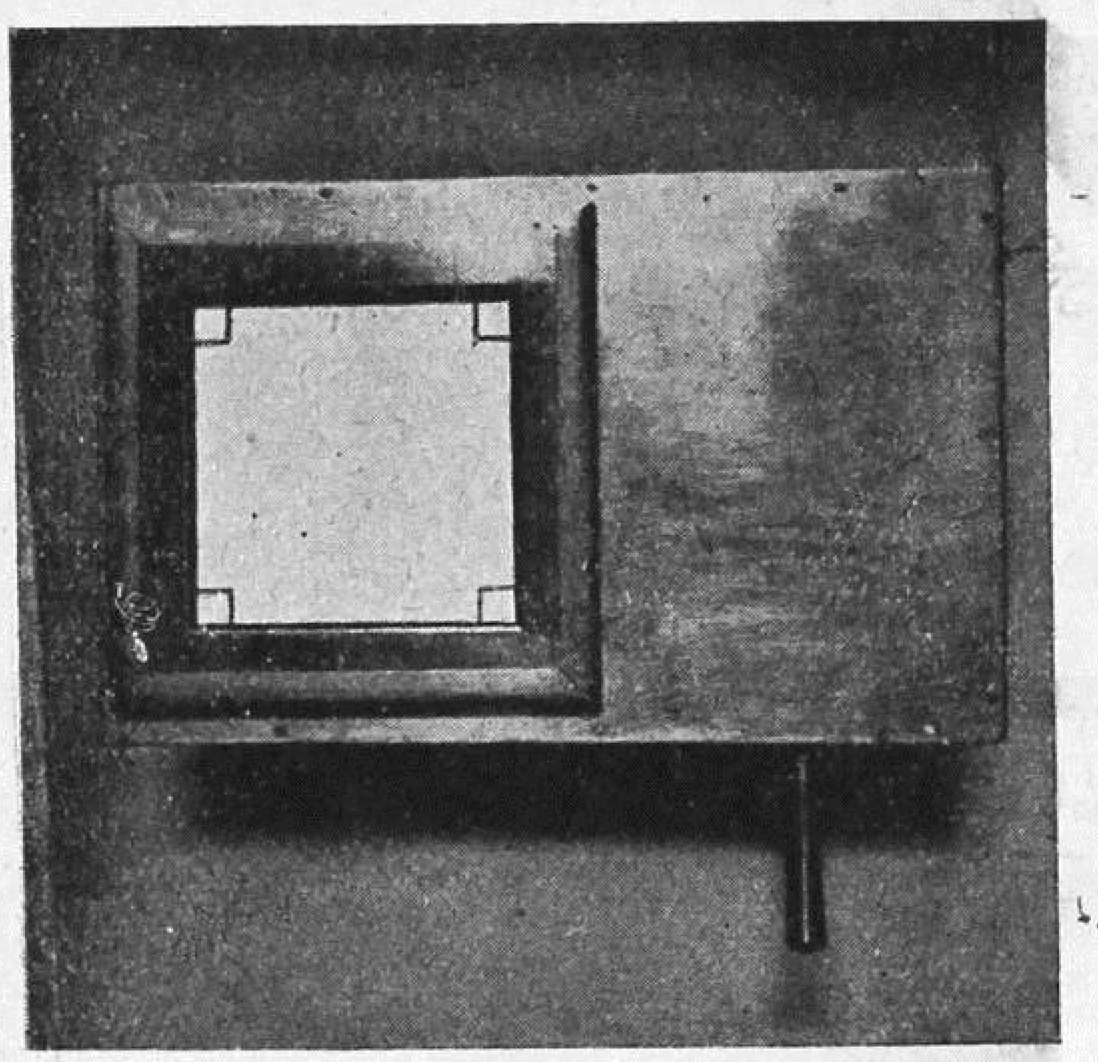


Fig. 1.

secondo) dalla posizione di radioscopia a quella di istantanea, senza dover ricorrere al sussidio di connessioni particolari col primario e col trasformatore del Coolidge, come da poco si fa nel nostro gabinetto.

Il seriografo ha forma rettangolare (m. 0.30 per m. 0.60, peso kg. 5 circa) ed è disposto trasversalmente al paziente; esso è costituito da due pareti tra le quali scorre un piccolo carrello col porta chassis di alluminio.

La parete posteriore è liscia ed aderisce al paziente; sul lato sinistro della parete anteriore sta uno schermo fluorescente del formato 18 per 18.

Il porta chassis di alluminio è introdotto nel carrello attraverso ad una fessura praticata a destra fra le due pareti, e durante la radioscopia resta completamente protetto dalle irradiazioni; volendosi fare un radiogramma, esso viene rapidamente spostato a sinistra dietro lo schermo fluorescente; portando poi a destra il carrello, lo chassis fuoriesce automaticamente per essere sostituito da un altro.

Il porta chassis è di forma quadrata e contiene uno chassis di cartone del formato 13 per 18; in tal modo è possibile disporre la pellicola col suo maggior asse, sia orizzontalmente, sia verticalmente. Perchè l'immagine possa venire centrata in brevissimo tempo per la radiografia, l'operatore si giova degli angoli segnati in nero sul vetro dello schermo ed evidenti nella figura annessa; basta prolungare idealmente le linee parallele perchè vengano delimitati due rettangoli corrispondenti rigorosamente alle due posizioni sopraricordate della pellicola.

L'apparecchio può venire adattato a dei sostegni fissi, come appare dalla figura, oppure ad un comune sostegno per terapia.

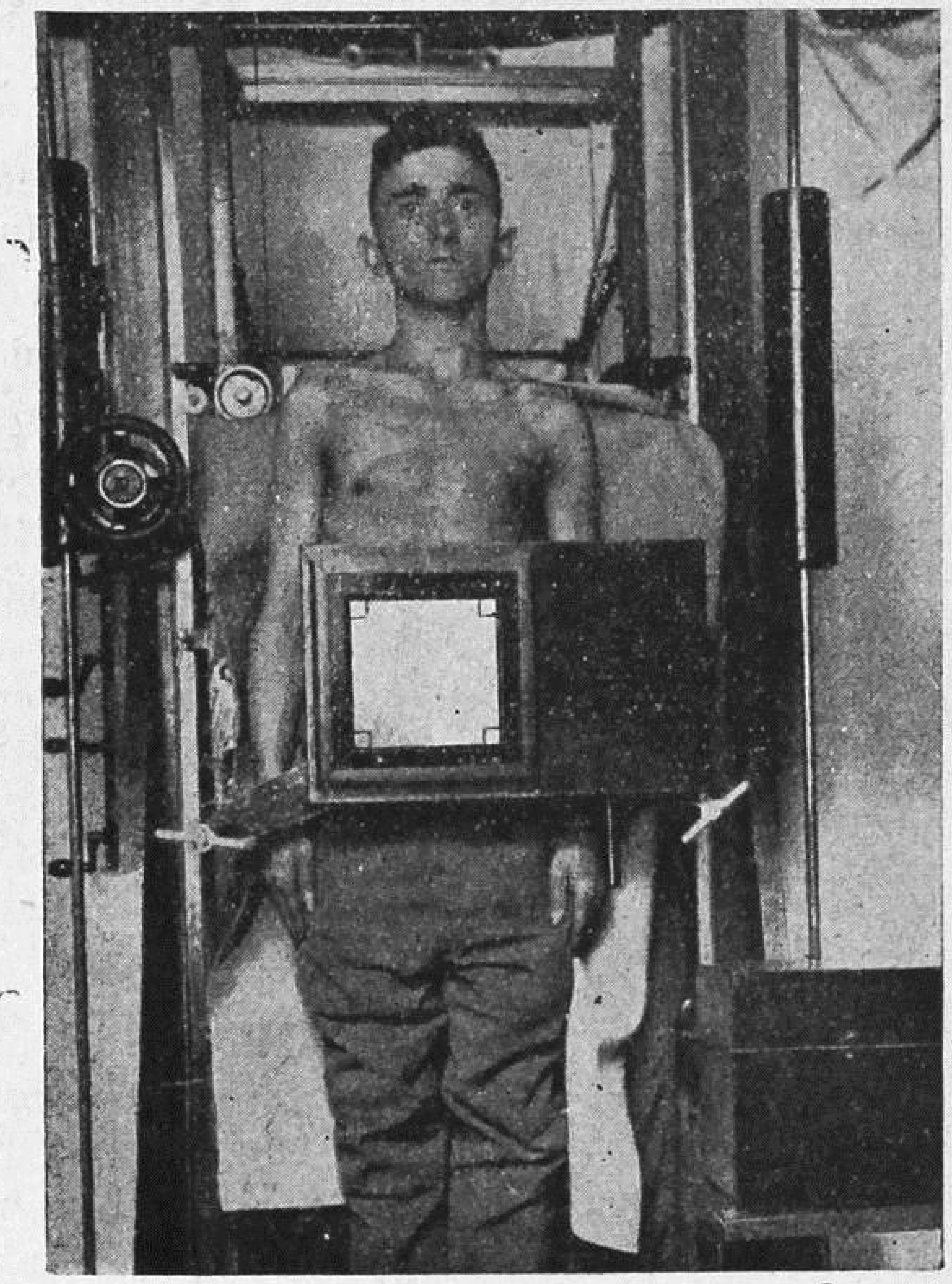


Fig. 2.

Tenendo conto dell'effetto Bucky dato dall'impiego del diaframma, l'operatore è protetto dal rivestimento di piombo del seriografo; volendo, si può applicare nella parte inferiore una striscia di gomma antix, a maggiore protezione del radiologo.

La semplicità di costruzione, la sua relativa leggerezza, e la facilità con cui si può adoperare, credo costituiscano la miglior garanzia della sua praticità e del suo funzionamento. Poichè una delle sue funzioni principali è proprio quella di determinare il momento più propizio per l'esecuzione di un radiogramma, credo che il nome di selettore sarebbe più appropriato, benchè si debba riconoscere che il nome di seriografo, evitando dannose confusioni, lo collocherebbe fra il numero degli strumenti che servono allo stesso scopo.

Padova, 18 aprile 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

Clinica, anatomia patologica ed istiogenesi del morbo di Gaucher.

(L. PICK. *Méd. Klinik*, n. 41, 44, 45, 49 e 50, 1924).

Il morbo di Gaucher è una malattia rara, famigliare, essa è congenita o si inizia nella prima infanzia, ha decorso cronico, lentamente progressivo che si può protrarre anche per dei decenni. Viene colpito di preferenza il sesso femminile. Clinicamente il sintomo principale è il tumore di milza, spesso enorme; alla splenomegalia si accompagnano una modica epatomegalia e una speciale tinta bruno-terrea dei tegumenti nelle regioni esposte alla luce. È costante una lieve anemia, sono frequenti la leucopenia e le manifestazioni emorragiche. Anatomo patologicamente la malattia di Gaucher è caratterizzata dalla presenza, prevalentemente nella milza, ma anche negli altri organi linfo emopoietici, di speciali cellule grandi, rotonde, poliedriche o fusiformi, spesso provviste di prolungamenti, ricche di protoplasma, omogeneo, jalino nei preparati a fresco, di aspetto spongioso o fibrillare nei preparati fissati e colorati; cellule contenenti uno o più nuclei eccentrici forniti di nucleolo e con reticolo cromatinico scarso, e contenenti talvolta nel protoplasma diversi materiali fagocitati. Queste cellule, le cellule di Gaucher, contengono nel protoplasma una speciale sostanza, la sostanza gaucheriana: la natura di questa sostanza e l'istiogenesi delle cellule stesse sono state molto discusse. Le ricerche sull'istiogenesi della cellula gaucheriana si basano su criteri morfologici o su criteri funzionali. Basandosi su criteri morfologici, alcuni autori ammettono una origine endoteliale, altri una origine reticolare di queste cellule. I criteri funzionali si basano sulla concezione di Aschoff del sistema reticolo endoteliale e su quella più vasta di Aschoff-Kiyono del sistema istiocitario. Criteri biologici funzionali inducono all'identificazione e alla differenziazione di questo sistema le cui cellule alcune fisse (cellule dei reticoli e degli endoteli degli organi ematopoietici, dei surreni, cellule di Kupfer del fegato, clasmatociti, elementi avventiziali e periavventiziali dei vasi) altre libere (microfagi migranti istiocitari, monociti) hanno tutte la proprietà di partecipare attivamente al ricambio dei pigmenti e dei grassi e di potersi impregnare di alcune speciali sostanze: sostanze coloranti o colesterina in condizioni sperimentali, speciali prodotti del ricambio in condizioni patologiche. Ora la malattia di Gaucher è caratterizzata dall'accumulo di una speciale sostanza nelle cellule del sistema istiocitario; sembrerebbe quindi inutile di stabilire se le cellule gaucheriane derivano dal reticolo oppure dagli endoteli di questo sistema. Però Pick non crede che si possano utilizzare dei criteri funzionali per la risoluzione di questioni istiogenetiche: egli ritiene che per tali questioni abbiano valore esclusivamente i criteri istologici e che a tale riguardo si debbano considerare le cellule reticolari e gli endoteli come due specie indipendenti di cellule.

Per la milza e per le linfogandole è stata definitivamente dimostrata la derivazione delle cellule gaucheriane dagli istociti reticolari; tale derivazione si può ritenere molto probabile anche per il midollo osseo. Per il fegato è dimostrata la derivazione delle cellule gaucheriane dai clasmatociti della capsula del Glisson e dell'avventizia e periavventizia delle vene centrali dei lobuli; per la milza anche dalle cellule avventiziali e periavventiziali delle arteriole. Non è invece in alcun modo dimostrata la derivazione endoteliale delle cellule di Gaucher.

La malattia di Gaucher non si può dunque considerare nè una malattia puramente reticolo endoteliale nè una malattia puramente reticolare (perchè le cellule di Gaucher possono derivare anche dai clasmatociti); essa è una malattia istiocitaria, e si distingue dalle affezioni da accumulo sperimentale nelle cellule istiocitarie di animali (colorazioni intravitali, somministrazione di colesterina, ecc.) per la prevalente partecipazione delle cellule reticolari anche dei clasmatociti e per la non partecipazione degli endoteli. Epstein (*Wien klin. Woch.*, n. 48, 1924) propone per questa e per analoghe affezioni sistematiche dell'apparato istiocitario il nome di « istiocitomatosi ».

Per ragioni anatomiche, istologiche, istochimiche ed istiogenetiche si deve riconoscere che la malattia di Gaucher è una forma morbosa caratteristica e ben definita. Difatti le cellule di Gaucher, di istiogenesi reticolare-clasmatocitaria si riscontrano in alcuni determinati organi nella milza, nel fegato, nelle glandole, nel midollo, nel timo (C. L. Rusca); le cellule hanno una struttura specifica e la sostanza in esse contenuta non dà alcuna delle reazioni finora conosciute per i grassi o le sostanze simili ai grassi. Perciò la malattia di Gaucher si deve nettamente distinguere da alcune forme morbose analoghe, in cui egualmente avviene entro cellule di organi linfoemopoietici l'accumulo di speciali sostanze: dalla splenomegalia in casi di lipemia

diabetica e dalla splenoepatomegalia tipo Niemann.

L'iperplasia macrocellulare della milza, dimostrata per primo da Schultz in casi di lipemia diabetica, si distingue dalla malattia di Gaucher per la natura della sostanza accumulata nelle cellule (grassi neutri, lipoidi o fosfatidi); per l'accumulo che non avviene sistematicamente nè esclusivamente nelle cellule dell'apparato emolinfopoietico, bensì anche nell'intima delle arterie polmonari e dell'aorta e nei surreni; per i caratteri dell'istiogenesi che varia da caso a caso e che è sicuramente anche endoteliale infine per la morfologia delle grandi cellule.

Nettamente distinta dalla malattia di Gaucher è la spleno-epato-megalia a cellule lipoidiche, tipo Niemann. Si tratta di una anomalia congenita famigliare del ricambio lipoidico e specialmente fosfatidico, anomalia che determina poco dopo la nascita forti tumefazioni della milza e del fegato e che porta di solito a morte nei primi anni vita. Talvolta può però persistere in forma protratta fino nell'età adulta. Sono evidenti alterazioni macroscopiche della milza, del fegato, delle linfoglandole, del midollo, del timo e dei surreni. L'abnorme sostanza lipoidica che circola nel sangue, dopo avere esaurito il potere di accumulo del sistema istiocitario, viene assunta anche dai parenchimi specifici (epiteli del fegato e dei reni, cellule del miocardio).

La malattia di Gaucher è una anomalia costituzionale congenita, famigliare del ricambio; essa appartiene dunque allo stesso gruppo di anomalie come la splenomegalia di Niemann, l'alcaptonuria e la cistinuria. Non si sa se il ricambio segua modalità del tutto abnormi oppure se l'anomalia del ricambio risieda in qualche tappa del ricambio intermedio normale. L'anomalia del ricambio ha per conseguenza la formazione di sostanze abnormi che circolano nel sangue e determinano la reazione difensiva del sistema istiocitario e che vengono inglobate dagli istiociti liberi e da quelli fissi degli organi emolinfopoietici.

Non si sa se la sostanza Gaucheriana venga assunta come tale dal sangue, oppure venga formata entro le cellule stesse da altri componenti assunti dal sangue; essa è secondo alcuni una sostanza albuminoide, secondo altri uno sfingo gallattoside. A differenza di quanto avviene nel blocco sperimentale del sistema reticolo endoteliale per sostanze coloranti, la sostanza gaucheriana non blocca le cellule che la assumono, anzi le eccita ad assumere senza scelta le più diverse sostanze: sostanze chimiche, pigmenti, eritrociti o loro frammenti, ecc.

Le cellule gaucheriane diventano onnivore per cui nei diversi casi la composizione della sostanza gaucheriana può essere diversa.

Si sa che in diverse condizioni patologiche il continuato accumulo di lipoidi o di sostanze simili all'albumina negli istiociti, li eccita ad accumulare anche pigmenti emoglobinici. Perciò anche nella malattia di Gaucher dopo che essa ha durato per qualche tempo si manifestano le pigmentazioni caratteristiche della cute.

L'anemia modica che accompagna la malattia di Gaucher dipende in parte dalla proliferazione delle cellule di Gaucher nel midollo, ciò che danneggia il tessuto ematopoietico, in parte da una aumentata distruzione di eritrociti. Quest'ultima più che con l'eritrofagia è in rapporto con un'autolisi di eritrociti esclusi dalla circolazione in seguito a disturbi circolatori determinati dalla proliferazione gaucheriana nella milza. Il pigmento emoglobinico viene assunto dalle cellule gaucheriane e non può perciò venire utilizzato dal midollo nella rigenerazione del sangue. Nella malattia di Gaucher sono frequenti le manifestazioni emorragiche, esse sono in rapporto con una trombopenia, dipendente dalla fagocitosi delle piastrine o da una inibita formazione delle stesse.

Esperienze personali di Pick (*Mediz. klinik*, nn. 13, 14, 18) sulla malattia di Gaucher dei lattanti dimostrano che in essi la formazione delle cellule gaucheriane si inizia contemporaneamente nella milza, nel fegato, nelle glandole e nel midollo osseo. Già in questa età predominano però le alterazioni della milza, in cui la proliferazione delle cellule gaucheriane può essere più intensa che non nell'adulto dopo un decorso di decenni. Costantemente nella milza dei lattanti si può dimostrare la formazione delle cellule gaucheriane oltre che dalle cellule del reticolo, dai clasmatociti avventiziali e periavventiziali di piccole arteriole della polpa. I nidi di cellule di Gaucher che si originano da queste arteriole conservano limiti netti e sono circondati da fibre reticolari cui sono adiacenti cellule simili ad endoteli. Si tratta di elementi della polpa appiattiti per la pressione del nido gaucheriano, oppure di endoteli di seni confinanti compressi; questi reperti non dimostrano dunque affatto la genesi dei nidi gaucheriani dall'endotelio di seni preformati. Talvolta si osservano dei cavernomi della milza nei cui spazi sanguigni sono numerosi gli elementi mielopoietici.

Gli endoteli dei seni della milza, le cellule epatiche e le cellule stellate di Kupfer presentano talvolta intensa emosiderosi che può in questi casi essere presente oppure mancare alle cellule gaucheriane.

La proliferazione delle cellule di Gaucher può interessare fortemente il sistema scheletrico; nelle

ossa spongiose in forma diffusa, nelle ossa lunghe in forma di noduli fitti del canale midollare: queste lesioni tendono alla trasformazione fibrosa cicatriziale. Addensamento più forte della neoformazione gaucheriana può determinare fratture spontanee e, nella colonna vertebrale, fratture di vertebre e formazione di gibbo; i dischi intervertebrali possono essere deformati, essi non vengono però lesi nella loro sostanza al contrario di quanto avviene nella tubercolosi. Nel midollo osseo la proliferazione gaucheriana può dar luogo a cellule riunite a fascio, spesso lunghe, fusiformi, che per tutti gli altri caratteri si devono considerare cellule di Gaucher.

Pollitzer.

Sulla patogenesi dell'anemia perniciosa.

(R. Stephan. *Münch. med. Woch.*, aprile 1925).

Il quadro morboso dell'anemia perniciosa offre ancora molti punti oscuri riguardo alla patogenesi.

Sorpassato il concetto di Ehrlich di un'affezione primitiva del midollo, è stata accolta da molte scuole l'ipotesi di Naegeli, secondo la quale si tratterebbe essenzialmente di un'autointossicazione manifestantesi colla distruzione dei globuli rossi, con la glossite, e con altri sintomi spinali e gastro-intestinali.

Ma anche questa teoria è stata combattuta da vari autori, e la discordanza di vedute si è riverberata sulla terapia, tanto che si va dalle cure arsenicali all'estirpazione della milza; dalle trasfusioni di sangue e dai lavaggi gastrici alla rimozione chirurgica del midollo osseo malato.

La critica di tutta questa svariata terapia porta, in ultima analisi, a due conclusioni: o il successo è dovuto al fatto che il tentativo terapeutico è stato intrapreso nello stadio della remissione sponeanea, la quale si verifica assai di frequente; oppure si dovrà ammettere che la malattia di Biermer rappresenta un'alterazione del sistema infinitamente complictao della regolazione endocrina dell'emopoiesi, la quale può venire influenzata del tutto causalmente e temporaneamente dalle minime e apparentemente insignificanti azioni di « Schock », partenti dalle varie parti dell'organismo.

Le lunghe ricerche dell'autore sull'argomento lo hanno reso partigiano di tale seconda veduta.

Egli ferma la sua attenzione, oltre che sui numerosi sintomi fondamentali della forma morbosa, sui due seguenti: colorazione bruna della cute, e aumento notevole della coagulabilità del sangue.

Il primo fatto è considerato dall'autore come la manifestazione cutanea di un latente morbo di Addison, e il secondo come l'espressione di una aumentata funzionalità del sistema cellulare reticolo-endoteliale.

Ora, siccome anche nella malattia di Addison confermata si ritrova sempre un'alterazione anemica netta del sangue, si dovrebbe ammettere che in realtà esiste una parentela stretta, cioè una specie di reciproco equilibrio tra funzione surrenale e regolazione dell'ematopoiesi.

A chiarire tal punto l'autore ha intrapreso le seguenti ricerche:

1) Analisi clinico-sierologica del morbo di Biermer, confrontato coll'Addison:

La debolezza muscolare e l'estrema stancabilità sono proprie di ambedue le malattie, con la differenza però che l'adinamia dell'anemia perniciosa è indipendente dal quadro ematico, potendosi avere con un numero bassissimo di emazie un benessere generale assai notevole.

Anche l'ipotensione e l'ipoglicemia, l'acloridria l'ipopepsia sono costanti nell'una e nell'altra forma, come pure le alterazioni nervose centrali e spinali.

La coincidenza più spiccata, in ogni modo, è rappresentata dall'adinamia con aumento della tendenza della cute a pigmentarsi.

2) Azione della surrenalectomia sul quadro ematico dei soggetti non poliglobulici:

L'epinefrectomia monolaterale genera, in un tempo relativamente breve, una transitoria anemia grave ipercromica, col quadro clinico del tipico Addison. Si deve quindi ritenere che, per la riduzione del tessuto ormonale corticale si provoca uno scatenamento dell'attività dell'apparato reticolo endoteliale.

La transitorietà di tale quadro morboso è dovuta al fatto che la surrenale residuata supplisce rapidamente con la propria attività alla deficiente secrezione.

3) Azione del trapianto di surrenale nella malattia di Biermer:

L'innesto endoperitoneale di una ghiandola surrenale esercita un freno sull'attività dell'apparato reticolo-endoteliale. Tale azione è passeggiera ed evidentemente legata alla sopravvivenza del tessuto innestato.

L'espressione clinico-sierologica dell'attività ormonica è data dall'impedimento dell'emolisi e dalla diminuzione del contenuto in fermenti del siero di sangue, come segno di un bloccaggio del sistema reticolo-endoteliale; quindi, da un lato scomparsa della bilirubinemia e rapido aumento del valore globulare, e dall'altro lato normalizzazione del tempo di coagulazione e diminuzione del contenuto in fermenti.

4) Effetto dell'iniezione di estratti di sostanza

corticale di surrene sui sintomi e sul quadro ematico dell'anemia perniciosa:

Si ha una conferma dei risultati ottenuti coi trapianti, cioè: rapido e transitorio aumento di tutti i segni di distruzione sanguigna, quindi, subito poi, ostacolo all'emolisi, prolungamento del tempo di coagulazione, e diminuzione della bilirubinemia.

Che si tratti di un'azione ormonale specifica lo si deduce dal fatto che qualsiasi altra iniezione endomuscolare (adrenalina, corpi proteinici, preparati ovarici, ecc.) non ha alcun effetto sull'anemia perniciosa.

Le conclusioni che si possono trarre da quanto precede sono le seguenti: la corteccia surrenale è il punto centrale e di partenza dell'anemia perniciosa; la sua ipofunzione, la quale verosimilmente non è rilevabile istologicamente, produce un disturbo sulla correlazione dei sistemi endocrini, e rende manifesti tutti quei sintomi che caratterizzano la malattia di Addison. Il deficit ormonale della corteccia nel ricambio intermedio porta all'iperfunzione dell'apparato reticolo-endoteliale e quindi ad un aumento notevole della distruzione sanguigna, da cui risulta un'anemia variabile secondo il grado dell'insufficienza corticale.

Si può con grande verisimiglianza affermare che il principio dell'impedimento della funzione cellulare per tale deficit ormonale non si limita pertanto alle sole cellule del sistema reticolo-endoteliale, bensì si estende a tutte le altre specie di cellule.

Tali ipotesi patogenetica può essere adattata a tutte le forme di anemia perniciosa, compresa quella da parassiti intestinali, specie da botriocefalo. Si può infatti pensare che le tossine di tali elminti agiscano sulla sostanza corticale del surrene, la cui alterazione rappresenterà un componente costituzionale dominante nell'anemia che si produce.

Le applicazioni terapeutiche di tali vedute dovranno essere studiate per mezzo di ulteriori numerose osservazioni.

M. FABERI.

ARTICOLAZIONI.

La sinoviectomia con asportazione dei cuscinetti adiposi del ginocchio.

(STEINDLER. *Journal of Medical American Association*, 3 gennaio 1925).

Steindler pubblica un lavoro sulle indicazioni della sinoviectomia del ginocchio nelle artriti croniche.

Poichè sotto il nome di artrite cronica, attualmente sono comprese un numero grande di alterazioni della sinoviale, Steindler dice che bisogna fare una accurata selezione dei casi in cui la sinoviectomia può essere indicata e può avere buon risultato. Ad ogni modo tale operazione è indicata solo in certi tipi di artrite cronica ed in certe fasi cliniche della malattia.

Secondo l'A. la sinoviectomia è indicata con molte restrizioni:

1) nelle infezioni molto attenuate in cui le alterazioni anatomo patologiche rimangono inalterate, senza subire ulteriori fasi di sviluppo dopo mesi od anni, forme che sono caratterizzate da ipertrofia della sinoviale, formazione di osteofiti marginali, atrofia delle cartilagini articolari ed ipertrofia degli ammassi adiposi delle borse infrapatellari e soprapatellari;

2) nel cosidetto lipoma arborescente delle articolazioni;

3) nélla forma descritta da Henderson col nome di osteocondromatosi in cui la sinoviale articolare si mostra pieghettata e ispessita da gettate fibrose la estremità delle quali subisce un processo di trasformazione in cartilagine.

Non è indicata assolutamente nelle forme tubercolari, anche quando il processo sia totalmente esaurito perchè in tali casi si sono sempre avuti degli insuccessi.

Ciò che si vuol ottenere dalla sinoviectomia è in duplice effetto:

1) Anzitutto si tende di ottenere un buon effetto meccanico, di rimuovere le pieghe articolari interposte e i cuscinetti adiposi ipertrofici, condizioni queste che favoriscono la contrattura in flessione ed in certi casi la lussazione posteriore della tibia e favoriscono anche il rilasciamento dei legamenti crociati del ginocchio. In tali casi il fattore più importante della inabilità fisiologica consiste nella posizione viziosa dell'arto.

L'altra condizione che si vuole raggiungere con la sinoviectomia è quella di una cura causale, di rimuovere cioè la membrana sinoviale colpita dal processo infiammatorio cronico e allontanare dall'articolazione la influenza del processo infiammatorio che si oppone alla restituzione della funzione della mobilità.

L'A. però crede che circa i risultati delle operazioni si può ottenere un soddisfacente risultato su due elementi della infermità: cioè per ricondurre l'arto in buone condizioni, capace di sopportare il peso del corpo, e di sopprimere il dolore. Circa la mobilità del ginocchio non sempre si può avere un soddisfacente risultato in tal senso.

Su 300 casi di artrite cronica del ginocchio monoarticolare o poliarticolare, l'A. ha operato di sinoviectomia solo 18 pazienti con un totale di 20 ginocchi poichè due malati furono operati bilateralmente. Di questi potè solo seguire successivamente e studiare il reperto anatomico delle lesioni articolari in 12 casi. Sulla scorta dell'esame clinico e delle osservazioni istologiche egli divide questi dodici casi in 3 gruppi:

1) In un primo gruppo (gruppo da cause traumatiche) l'artrite cronica del ginocchio si era sviluppata in seguito ad un trauma con sviluppo di una sinovite ad attacchi subacuti intercorrenti. All'operazione il reperto macroscopico mostrò nei sei casi operati ispessimento dei cuscinetti adiposi sottopatellari, ipertrofia della sinoviale; calcificazione delle frangie sinoviali nell'articolazione; condizioni queste che costituivano un ostacolo al buon giuoco articolare, favorivano la tendenza alla flessione del ginocchio e mantenevano il dolore articolare. Dei sei casi due sono ancora sotto osservazione; gli altri 4 casi diedero buoni risultati sia per ciò che riguarda la capacità al carico dell'arto, la scomparsa del dolore e il ritorno della mobilità che fu completa in 3 casi.

2) In un secondo gruppo l'autore raccoglie *tre casi* che comprendono tre interventi in cui l'esame istologico dimostrò i segni di una infiammazione antica senza segni di attacchi infiammatori recenti. Di questi tre casi in due si ebbero buoni risultati circa la funzionalità statica e la scomparsa del dolore, ma la funzionalità articolare fu scarsa.

3) In un terzo gruppo l'A. raccoglie 4 casi in cui l'esame istologico dimostrò i segni di una infiammazione cronica con esacerbazione acuta o subacuta.

In questi casi si ebbero buoni risultati anche per la funzionalità statica dell'arto e per il dolore, ma i risultati circa la mobilità articolare furono molto scarsi e tranne in uno in cui si guadagnò qualche cosa, negli altri tre casi la mobilità rimase come prima dell'operazione.

Riassumendo l'A. dice che nei quattordici casi operati solo in 2 si ebbe un buon successo dal lato della mobilità articolare del ginocchio cioè solo nel 14 %, e ambedue in casi di artrite cronica postraumatica.

Negli altri casi, nei processi infiammatori cronici e specialmente in quelli con esacerbazioni recenti i risultati sono molto scarsi per quanto riguarda il ritorno della mobilità articolare, ma sono buoni contro il dolore articolare, per la statica dell'arto e per la capacità al carico.

VIOLATO.

Contributo all'istopatologia e patogenesi dei corpi liberi articolari.

(I. SEGOVIA. *Arch. de Med., Cir. y Espec.*, vol. XIX, n. 7).

L'A. ricorda brevemente le teorie fondamentali emesse per spiegare la patogenesi dei corpi liberi articolari. Quella di König per la quale il distacco avverrebbe per un processo di osteocondrite dissecante. Quella di Barth che vuole essere il trauma il fattore unico nella produzione della lesione. Accanto a questo vengono citati i lavori di Kappis, che attribuisce importanza al fatto che i corpi liberi si trovano prevalentemente nelle articolazioni a tipo di troclea, i lavori di Ludloff sull'irrorazione della zona esterna del condilo mediale, per parte del ramo mediale dell'a. genicolare media che sarebbe un'arteria terminale e che passando al davanti del legamento crociato posteriore, potrebbe, essendo compressa da questo, e provocare dei disturbi di nutrizione dell'osso. E in fine le esperienze di Axhausen con punture elettrolitiche endoarticolari che sarebbero seguite dall'eliminazione dell'escara e formazione di un corpo libero.

Riporta poi estesamente alcune più moderne teorie di Axhausen secondo le quali, il processo iniziale sarebbe una necrosi embolica, prodotta da germi poco virulenti in un vaso epifisario. In questa zona necrotica cuneiforme si stabilisce un processo di sostituzione cellulare da parte del midollo sano vicino. Basta però un lieve trauma a provocare in questa zona una frattura incompleta, che non potrà ripararsi normalmente. Si formerà una barriera di connettivo fra il vivo e il morto e questa parte finirà per lo staccarsi e cadere nell'articolazione.

Ha studiato istologicamente un caso di corpo mobile originatosi nel condilo est. del femore, nel quale all'operazione furono staccati collo scalpello dei frammenti di osso dal punto di origine del corpo mobile stesso.

Ha osservato che nel corpo libero la parte cartilaginea si presentava normale negli strati più superficiali. Più profondamente, presentano alterazioni consistenti in aumento della distanza fra i condroplasmi, sparizione delle capsule, e cellule con nuclei piccoli, retratti. Questo deve attribuirsi a che la cartilagine si nutre per imbibizione e i succhi nutritivi più difficilmente giungono negli strati più profondi. A contatto dell'osso poi si avrebbe una calcificazione della sostanza fondamentale.

Nella zona marginale si vedono alterazioni invece a tipo francamente rigenerativo, rappresentate da isolotti di tessuto fibroso denso con tran-

sizione al tessuto fibrocartilagineo che tendono a fondersi colla cartilagine ialina. L'A. le considera come accenni incompleti di un processo di riparazione di una frattura. Le trabecole ossee presentano segni di necrosi, che non può venire attribuita, secondo l'A., alla mancata nutrizione perchè invece si presentano vitali delle zone di tessuto fibroso con zone di trasformazione fibrocartilaginea che si vedono nel midollo, e che devono anche esse interpretarsi come abbozzi di callo. Dunque la necrosi ossea è precedente al distacco del corpo libero anche perchè, fatto importante, gli stessi segni di necrosi presentano le trabecole del letto di origine sul femore.

Crede che il caso studiato possa essere interpretato secondo le nuove vedute di Axhausen pur non essendo in grado di determinare a che cosa sia dovuto l'embolo causa delle necrosi del femore dalla quale si è distaccato il corpo libero.

M. ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. V. DOMARUS. *Manuale pratico di medicina interna.* Traduzione della prima edizione tedesca corretta e arricchita a cura del prof. A. CECONI. Vol. I e II. Unione Tip. Ed. Torinese, 1925.

È un manuale *pratico* quello che a cura del prof. Ceconi viene presentato agli studenti e agli studiosi italiani, un manuale breve, che si allontana nello stile e nella concezione didattica dalla consuetudine moderna, che tende ai grossi trattati interminabili. Si può ancora concepire ai nostri giorni una medicina condensata quale il Domarus vuol propinare, condensata in due brevi volumi di meno di mille pagine? Leggendo il libro bisogna concludere che, a malgrado dei progressi innumerevoli, venuti da ogni parte nello studio clinico dei malati, le nozioni più interessanti e sicure, come guida allo studio clinico del malato, si possono ancora oggi compendiare in poche pagine. Perchè il Domarus, trascurando i dati storici, le citazioni, la enunciazione in ordine cronologico delle teorie, anche le più strampalate, che ingombrano la patologia moderna, va diritto allo scopo *sapendo trascurare il superfluo*, ma anche sviluppare, quando la necessità lo richieda, quello che più direttamente utile è al pratico; io vorrei dire anche allo studioso, poichè la lettura di qualche pagina dà la sensazione di sapori, quali più non si è abituati a sentire nella estrema diluizione dei grossi trattati. Bene ha fatto il Ceconi ad affidare ad una schiera di eletti studiosi la traduzione italiana, e, con quella diligenza che lo distingue, a controllare e ad annotare, a completare il libro con aggiunte sulle malattie da cause fisiche, sull'infortunio in medicina interna, sugli avvelenamenti. Specialmente i primi due capitoli raramente si ritrovano nei comuni libri e fanno parte oramai del bagaglio del medico pratico. Al compendio, che gli editori presentano in veste elegante e corretta, auguriamo il più lusinghiero successo tra i nostri studiosi.

T. PONTANO.

C. GAMNA. *Diagnosi e terapia specifica delle malattie infettive e parassitarie.* Prefaz. di F. MICHELI. Un vol. in-8° picc. di pag. 522, con 28 tavole e numerose figure intercalate nel testo, in nero ed a colori. Unione Tipogr.-Editr. Torinese, 1925. Rilegato. Prezzo L. 70.

Pregio principale di questo libro è di partire dall'anamnesi e dagli esami obbiettivi per risalire alle ricerche di laboratorio destinate a dilucidare e precisare la diagnosi: in altri termini, è la clinica che indirizza alle indagini sussidiarie. Il libro risponde, così, alle esigenze della pratica quotidiana. Accertata la diagnosi specifica, ne deriva la terapia.

Un altro pregio del lavoro è quello di essere aggiornato: i contributi più recenti vi sono tenuti in considerazione e vagliati.

Il lavoro s'impone all'attenzione anche per l'equilibrio, la misura e l'avvedutezza di cui dà prova in un campo ove notoriamente sono spesso in contrasto entusiasmi e scetticismi ugualmente perniciosi.

Data la vastità della materia trattata, era inevitabile incorrere in qualche lacuna; ma si tratta di mende veniali. Nell'insieme, quale il lavoro è stato impostato e condotto, si raccomanda da sè ai medici pratici, agli studenti ed agli studiosi.

L'edizione è stata eseguita con quella cura e quella eleganza che sono tradizionali nella Utet.

R. B.

BLANCHOD FRED. *Consultations du médecin-praticien.* Guide de pratique médico-chirurgicale journalière. Un vol. in-8° di 584 pag. Baillière et fils, ed. Parigi, 1925. Prezzo frs. 35.

Nel grosso volume del dott. Blanchod, ai singoli nomi delle malattie e dei principali sintomi, seguono i consigli terapeutici del caso, accompagnati, dove occorra da qualche accenno diagnostico. È questo un tipo di libro molto diffuso in Francia che, prescindendo totalmente da ogni trattazione sistematica che inquadri la terapia in uno svolgimento logico, riesce indubbiamente utile per il medico pratico il quale può, in una rapida consultazione del volume, trovare le indicazioni che si addicono al caso che deve curare.

Ed il favore dei medici pratici non mancherà a questo lavoro, in cui l'A. ha versato la sua larga esperienza e la sua vasta coltura, riuscendo ad essere di reale utilità. *fil.*

L'Année médicale pratique. Un vol. in-16° di 526 pagine. R. Lépine ed., Parigi, 1925.

I pregi di questa utile pubblicazione si vengono sempre più affermando nel suo quarto anno di vita. Essa riassume tutto quanto di importante, dal punto di vista pratico, si è fatto nella medicina durane l'anno precedente alla pubblicazione. I collaboratori, sotto la sagace direzione di C. Lian e di E. Sergent, hanno evitato di fare un arido elenco e di affastellare delle nozioni slegate; ma invece, in una serie di articoli, espongono lo stato attuale di una data questione, in modo conciso, ma sufficiente perchè il lettore ne abbia un'idea chiara e possa applicare le nozioni che così assume, nella pratica.

In quest'anno, le fonti non si limitano esclusivamente a quelle francesi, ma vengono citati anche giornali di altri paesi, fra cui non mancano gli italiani; alla lista dei collaboratori si sono inoltre aggiunti alcuni della Svizzera. Alla fine del volume, si trovano le disposizioni legislative interessanti il corpo medico uscite nell'anno ed un elenco dei principali libri e delle principali specialità farmaceutiche dell'anno.

fil.

ROTH. *Klinische Terminologie.* Georg Thieme, editore. Lipsia.

È una di quelle opere che — vorrei dire — si sente il bisogno di avere accanto al tavolo di lavoro. Del resto, l'utilità sua, meglio che attraverso parole di giudizio, risulta dal fatto che se ne sono pubblicate dieci edizioni.

Quest'ultima, la decima, eseguita dai dottori Doll, padre e figlio, colma, secondo gli Autori, alcune lacune delle edizioni passate.

Certo, essa raccoglie moltissimo della nomenclatura medico-chirurgica, sia dal punto di vista patologico, che da quello clinico e terapeutico.

B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 27 marzo 1925.

Sulla cura del piede cavo paralitico.

Prof. GALEAZZI. — Insiste sulla necessità di analizzare, nei singoli casi di piede cavo, i rapporti che intercedono fra le varie ossa della gamba e del piede (il che si ottiene nel miglior modo eseguendo una radiografia del piede in carico e misurando il grado dei vari angoli formati dal calcagno coll'avampiede, dalla tibia col calcagno e dalla tibia col tarso anteriore). Egli ha ideato a tale scopo un goniometro a tre aste che permette di eseguire rapidamente tale misura. Per la correzione egli usa la sindesmotomia inferiore dell'articolazione di Chopart seguita da raddrizzamento mediante un suo speciale osteoclasta sterilizzabile e in casi speciali aggiunge l'osteotomia curvilinea del calcagno, trapianti tendinei, artrodesi etc. Presenta radiografie di un certo numero di piedi cavi eseguite prima e dopo il trattamento e che confermano l'ottima correzione della deformità raggiunta.

Dott. CERESOLI. — *Reazione midollare da iniezioni di derivati dell'emoglobina.* (Nota preventiva).

Irradiazioni Roentgen dell'intestino e glicemia.

Dott. CERESOLI. — Le irradiazioni ad alte dosi dell'intestino cieco dei conigli, fatte in modo che dal campo di azione restino esclusi tutti quegli organi addominali che a stimolazioni da raggi X rispondono con variazioni del tasso glicemico, determinano iperglicemie di alto grado che in capo a 5 ore scompaiono e, se le irradiazioni sono ripetute per quattro giorni consecutivi, abbassano gradatamente il tasso glicemico normale: nel fegato poi si assiste alla scomparsa quasi totale del glicogene.

Negli animali appendicectomizzati senza narcosi, dopo l'irradiazione non si hanno variazioni della glicemia, mentre si ha l'ipoglicemia protratta dopo l'introduzione in circolo di estratti acquosi di appendice omologa.

Ritiene che le irradiazioni dell'intestino agiscano indirettamente sul fegato e sul pancreas, non tanto per l'azione di radiazioni secondarie che colpirebbero questi organi, quanto per la formazione di sostanze tossiche da raggi X che passano in circolo e che, ledendo le cellule di tali organi, ne inibiscono la funzione. Non crede che l'appendice prenda parte alla regolazione della glicemia come farebbe ritenere una parte delle esperienze, ma interpreta i risultati ottenuti come conseguenza dello shoch operatorio e della dislocazione artificiale in alto delle anse intestinali che restano in tal modo escluse dal campo d'azione; tuttavia prima di escluderla a priori una supposta azione ipoglicemizzante dell'appendice ritiene necessarie altre esperienze anche per stabilire se ad irradiazioni protratte dell'intestino corrispondono lesioni istologiche sensibili del fegato e del pancreas.

Prof. SCARLINI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 19 giugno 1925.
Presidenza: prof. LAGNANI, vice-presidente.

Prime osservazioni farmacologiche intorno ai derivati ossialchilarsinici.

A. PATTA. — Fra i composti arsenicali della serie alifatica dei quali ci è ancora del tutto sconosciuta l'attività biologica, si debbono ricordare gli *acidi ossialchilarsinici.*

Ho studiato in modo particolare il composto che si ottiene facendo agire la dicloridrina della glicerina sull'arsenico trisodico: col quale trattamento si ottiene un *acido ossipropilarsinico,*

$$\begin{matrix} CHOH - CH^2. As. O^3 H^2 \\ CH^2. As. O^3 H^2 \end{matrix}$$

Lo studio farmacologico di questo composto dimostra che esso possiede una tossicità circa tre volte superiore a quella dei derivati metil e dimetil arsinici più noti, differenza di tossicità non attribuibile soltanto al diverso % di As. che è solo di circa ½ volta superiore all'ac. ossipropilarsinico in confronto dei monometil e dei dimetilarsinati. L'alta tossicità dell'ac. ossipropilarsinico è invece verosimilmente in rapporto alla notevole labilità del composto dal quale facilmente si libera As. minerale.

I derivati ossialchilarsinici si possono pertanto considerare, dal lato della tossicità, come occupanti una posizione intermedia fra i composti alifatici stabili, pochissimo tossici e dotati di una relativamente debole attività « arsenicale », e quella dei composti minerali altamente tossici e nei quali è massima l'attività « arsenicale ». Ulteriori indagini in corso dimostreranno se tale pozione intermedia può essere ammessa anche nei riguardi delle azioni virtualmente utilizzabili per la terapia.

Sul fermento amilolitico nella saliva e nell'urina.

A. PERIN. — L'O. con metodo rigoroso e partendo da condizioni sempre identiche di temperatura, di quantità, di reazione dei mezzi, di soggiorno nella stufa, utilizzando salda d'amido fluorurato, ottiene negli individui normali valori notevolmente costanti: 28-30 cgr. di maltosio per la saliva, 160-188 milligr. per l'urina. La dieta esclusivamente vegetariana o carnea diminuiscono il potere amilolitico, più nettamente nell'urina che nella saliva e più con la dieta vegetale che con la carnea. Sotto l'azione dell'atropina specialmente l'amilasi urinaria diminuisce, con la pilocarpina gli stessi fatti, meno accentuati.

Cisti ipofisaria e distrofia adiposo-genitale.

E. BRAVETTA. — L'O. illustra un caso di distrofia adiposo-genitale di origine ipofisaria, da lui osservato in un uomo di 30 anni accolto nel Manicomio di Mombello in stato di grave agitazione maniacale.

Il paziente era affetto da circa 15 anni da una notevole adiposi a tipo eunucoide accompagnata da ipotrofia degli organi genitali, ma senza disturbi da localizzazione endocranica. L'esame radiografico aveva dimostrato la integrità della sella turcica e delle regioni circostanti.

All'autopsia la ipofisi apparve macroscopicamente normale per forma, volume e peso; ed anche spaccandola in senso mediano sagittale nulla si rilevò di patologico. Soltanto più tardi, mentre si eseguivano tagli al microtomo per lo studio istologico, si rese manifesta una piccola cisti della grossezza di un grano di miglio, localizzata nel lobo anteriore o preipofisi della ghiandola ipofisaria, a contenuto colloide, con parete costituita da fittissimi elementi parvicellulari e da cellule epiteliali stipate e deformate, tendenti a formare membrana. Nei testicoli si trovò aumento del tessuto connettivo, diminuzione delle cellule interstiziali, riduzione della linea seminale, iperplasia delle cellule di sostegno e scarsissimi spermatozoi. Nulla di speciale all'esame macromicroscopico delle altre ghiandole endocrine.

L'O. ritiene il caso molto dimostrativo per la origine e la patogenesi del morbo di Froehlich.

Pellagra sporadica.

E. BRAVETTA. — Quantunque sia opinione diffusa che la pellagra sia ormai del tutto scomparsa, tuttavia alcuni casi isolati si presentano ancora e l'O. ne illustra uno recente, rappresentato da un uomo di 54 anni, non recidivo e non alcoolista, che venne accolto in Manicomio in stato di confusione mentale e nel quale, durante la degenza, si manifestarono disturbi gastro-enterici, neuropsichici e cutanei tali da giustificare la diagnosi di pellagra.

Mielosi globale pseudoaplastica
(con presentazione di preparati e di tavole a colori)

Dott. PAOLO INTROZZI. — L'O. riferisce un caso di pseudoaplasia del midollo osseo nel quale è stato possibile porre la diagnosi in vita in base al reperto morfologico del sangue circolante ed in base alle ricerche sul ricambio emoglobinico. Dopo aver messo in luce l'importanza che ha il ricambio del pigmento sanguigno in questo gruppo di emopatie, riferisce le ragioni per le quali ha denominato il quadro morboso in istudio col nome di mielosi globale pseudoaplastica, denominazione che, sostituendo la parola anemia troppo ampia e non scevra di errori, corrisponde al quadro ematologico ed anatomoistologico.

Riferisce quindi i reperti ottenuti dallo studio degli organi ematopoietici, dai quali risulta che mentre nel sangue circolante mancavano i segni di una reazione mieloide, questa invece avveniva in modo straordinariamente cospicuo ma con orientamento abnorme. L'organo mieloide parenchimale era sostituito da un tessuto diffuso emoistioblastico, i cui elementi presentavano delle molteplici capacità evolutive in diverso senso. Anche nella milza e ghiandole linfatiche il sistema reticoloendoteliale, appartenente ai tessuti emoistioblastici si presentava in uno stato di aumentata attività. L'O. quindi fa rientrare il caso studiato in quel gruppo di affezioni morbose in questi ultimi anni studiate e classificate col nome di emoistioblastosi od endoteliosi.

F. RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi e prognosi delle malattie renali.

Secondo Calvert (*The British medical Journal*, 10 gennaio 1925) i migliori metodi per l'apprezzamento della funzionalità renale sono lo studio della concentrazione dell'urea e la prova della poliuria provocata. A questi metodi l'A. porta lievi modificazioni, consigliando di fare la prova della concentrazione ureica la notte dopo l'ingestione di forte quantità di urea; subito, al mattino, si fa la prova della poliuria provocata. In questo secondo tempo, si può studiare, contemporaneamente il potere di diluizione dell'urea.

Una parte importante, ma più ristretta è accordata dall'A. al dosamento dell'urea, dell'azoto non proteico, dell'acido urico e della creatinina nel plasma. Tutte queste prove non hanno però un valore assoluto e debbono sempre essere accompagnate da quella riguardante la funzionalità cardiaca. *fil.*

L'infezione renale da rigurgito vescicale.

Si ammette generalmente che l'infezione renale dalle basse vie urinarie abbia luogo per la corrente sanguigna. È però indubitato che si può avere anche l'infezione ascendente per via dell'uretere comunque ammalato o deformato o con un segmento endovescicale che permette la libera comunicazione fra la vescica e la pelvi. È improbabile che il trasporto dei germi infettivi avvenga per la via dei linfatici, mentre è possibile che essi siano trasportati lungo l'uretere, anatomicamente intatto, per la forza del rigurgito vescicale.

Le esperienze di R. Colgate Graves e L. M. Davidoff (*Edinburgh med. Jour.*, giugno 1925) dimostrano che il fattore fondamentale nel rigurgito non è la dilatazione della vescica, ma bensì il suo tono muscolare. Se la vescica ha un tono muscolare scarso e non risponde all'aumento di tensione, ma si dilata soltanto passivamente, la pressione vescicale rimane sempre la stessa e non si può avere rigurgito anche se la vescica è dilatata al punto da scoppiare.

Poco effetto può avere nel fenomeno del rigurgito l'attività dell'uretere; normalmente, si hanno in esso delle onde peristaltiche che variano di frequenza da una a cinque per minuto, con un'ampiezza di 16 mm. per secondo. Quando la vescica incomincia a riempirsi vi è un aumento nella peristalsi dell'uretere; con maggior grado di ritenzione ed aumento di pressione endovescicale, le onde diventano più lente, ma più forti, mentre quando la pressione diventa alta, l'uretere si dilata e le onde diminuiscono d'intensità e finiscono col cessare. Il rigurgito incomincia prima che cessi la peristalsi, quando le onde peristaltiche sono deboli ed insufficienti per svuotare l'uretere; si ha allora ritenzione ureterale e renale e nella pelvi renale come nella vescica, si ha la stessa pressione. Non si osserva antiperistalsi nell'uretere.

Negli esperimenti dell'A. l'inchiostro di China introdotto nella vescica fu ritrovato, non solo nel parenchima renale, ma anche in organi lontani, quali, i polmoni, il fegato, la milza ed in quantità rilevanti, ciò che dimostra quale distribuzione possono avere i batteri nel caso di ostruzione acuta del collo vescicale con infezione. *fil.*

La necrosi del rene.

La necrosi del rene è consecutiva all'obliterazione per trombosi od embolia dell'arteria, della vena renale o di un ramo importante di questi vasi. Essa è abbastanza frequente nel neonato; nell'adulto è di solito consecutiva a lesioni arteriose o flebitiche (affezioni mitraliche, ateroma aortico) o flebitiche.

Il rene che ne è affetto, qualche volta in totalità, si presenta atrofico, bianco-grigiastro, oppure congesto, rosso-violaceo. Gli elementi nobili sono colpiti nella loro vitalità e questa necrosi, ad andamento centrifugo, caratterizza, insieme con la congestione periferica, l'anatomia patologica della lesione.

La sintomatologia può essere così schematizzata. Un malato, affetto da una malattia emboligena, è colpito ad un tratto da un vivissimo dolore a una o ad entrambe le regioni lombari. Si osserva tendenza al collasso, vomiti, talora febbre, mentre il dolore, al contrario di quanto si ha nelle coliche nefritiche, non ha alcuna tendenza all'irradiazione: contemporaneamente, si notano ematuria, albuminuria, oliguria e, talora, anuria; si può anche avere la comparsa di cilindri.

Il più spesso però il quadro clinico non è completo e si ha soltanto un sintomo, talora il solo dolore, che è il più costante; manca di frequente l'ematuria, l'albuminuria è spesso passeggera. L'evoluzione si fa di solito verso la morte che è più o meno rapida.

E. Falci (*Journal d'Urologie*, dicembre 1924), passa in rivista le diverse affezioni che interessano nella diagnosi differenziale, fra cui quelle

dolorose addominali; nella necrosi del rene, il dolore si attenua abbastanza presto al contrario di quanto si verifica nelle affezioni peritoneali.

Il cateterismo ureterale, dimostrando la soppressione funzionale di un rene, specialmente se la radiografia non indica la presenza di nessun calcolo renale, darà buone indicazioni in proposito. La diagnosi precoce ha grande importanza, poichè la nefrectomia, fatta in tempo, può salvare il malato, a condizione che la lesione sia unilaterale e che l'altro rene sia sufficiente.

fil.

Segni e trattamento della pielonefrite nell'infanzia.

L'eziologia di questa affezione è diversa a seconda dell'età. Nella prima infanzia, essa succede specialmente alle infezioni gastro-intestinali, polmonari o faringee; nella seconda è causata da malattie infettive: febbri eruttive, adenoiditi, appendicite, tifoide e può anche comparire durante una crisi di reumatismo acuto. La gravità ed il modo di evoluzione sono soprattutto comandati dalla causa.

Il quadro clinico comprende tre segni di capitale importanza: la piuria, i dolori ed i segni generali. Spesso la febbre ad andamento anormale ed inesplicata precede gli altri segni. I dolori, nella seconda infanzia sono accusati alla regione lombare con irradiazioni uretero-vescicali; talvolta non si ha che una sensazione di pesantezza alla regione renale. Soltanto in caso di perinefrite, si osserva che la regione lombare è edematosa, tumefatta. La palpazione permette qualche volta di sentire il rene. Importante è il reperto di punti dolorosi, fra cui sono da rilevarsi il punto posteriore costo-vertebrale (in addietro, nell'angolo formato dall'ultima costola e dal rachide) ed il punto ureterale superiore o paraombelicale, posto all'intersezione di una linea orizzontale che passa per l'ombelico e di una linea verticale tirata dal punto di Mc Burney. Le urine sono abbondanti e torbide e contengono del pus.

Per il trattamento, R. Fournier (*Thèse de Paris*, 1925 e *Journal des praticiens*, 2 aprile 1925) consiglia l'urotropina da darsi nel poppante a dosi giornaliere di 25-30 cg., raggiungendo i 50 ai 18 mesi; nei grandicelli, si può arrivare ad 1 grammo al giorno. Si daranno anche degli alcalini per modificare la reazione urinaria. Se l'affezione tende a diventare cronica, si ricorrerà alla vaccinazione (auto- o stockvaccini).

Nei fanciulli, si potrà fare il cateterismo ureterale con iniezione nell'uretere e nel bacinetto di nitrato d'argento. In rari casi, sarà necessario ricorrere ad interventi chirurgici, quali la nefrostomia e la nefrectomia ed al trattamento dell'eventuale flemmone perinefritico.

fil.

La nefrectomia nella tubercolosi renale.

A. Hogge (*Journal d'urologie*, nov. 1924), osserva che la diagnosi della tubercolosi renale è fondata sulla ricerca dei bacilli di Koch, per via diretta o con l'inoculazione nella cavia. La decisione per l'intervento si fa anzitutto con lo studio della funzione renale globale, basandosi, più che sulla costante di Ambard, sulle cifre della azotemia, della diuresi, della densità delle urine. Per quanto riguarda la localizzazione, tutto è semplice se è possibile il cateterismo ureterale; altrimenti, si deve ricorrere alla lombotomia, la quale indica se il rene sano esiste e se, ad un esame grossolano sembra realmente sano. Bisogna però tener presente che la bilateralità delle lesioni è assai frequente; su 59 casi in cui potè farsi il cateterismo, l'altro rene si trovò sano solo 9 volte. Per l'indicazione operatoria, quindi, trattasi più che altro di una questione di predominanza manifesta delle lesioni. Fatta l'operazione, poi, il rene meno malato si accomoda abbastanza rapidamente e lo stesso accade per le lesioni vescicali, specialmente se trattate con l'alta frequenza.

L'A. pratica la nefrectomia extracapsulare per via lombare o paralombare. Su 100 nefrectomie, ha avuto: 7 decessi (4 subito e 3 nei successivi 10 mesi); 37 migliorati (con urine ancora alterate e con fenomeni di cistite dolorosa) e 56 guarigioni (urine limpide senza pus, nè sangue, nè albumina, scomparsa dei dolori); una ventina di questi sono ancora in vita dopo 18-21 anni dall'operazione.

fil.

L'azione diuretica del bitartrato di potassio.

O Dehn (*Münchn. med. Wochenschr.*, n. 17, 1925) trova che il bitartrato di potassio non danneggia il rene nemmeno in casi di nefrite emorragica acuta. Questo sale di potassio agisce in senso favorevole sul ricambio azotato, esso non aumenta però in tutti i casi l'eliminazione del sodio. Anche l'ipertonia è influenzata in senso favorevole. In caso di uso continuato è consigliabile sospendere il rimedio ad intervalli per evitare una azione cumulativa del potassio sul cuore e sul sistema nervoso.

POLL.

Contributo alla terapia dell'intossicazione da mercurio.

J. Strukowsky (*Deutsche med. Wochenschr.*, numero 24, 1925) osserva che i risultati della decapsulazione nell'anuria determinata da nefriti tossi-

che insorte in seguito ad intossicazione con sublimato e mercurio, sono molto dubbi. Sono preferibili a questo grave intervento le innocue infusioni di soluzione ipertonica di glucosio eseguite dopo salasso. In seguito a queste infusioni si osserva una netta diminuzione dell'azoto residuo nel sangue.

POLL.

Nella cistite acuta.

Ittiolo . . . . gr. 0,25
Estratto di belladonna
Estratto d'oppio . . . . ana gr. 0,01
Burro di cacao q. b. per un suppositorio.

E L. Gautier sconsiglia ogni lavanda vescicale. Si prescriverà il riposo in letto. Dopo una diecina di giorni, istillazioni di olio gomenolato al 10-20 % (5 cmc.). Se, ciononostante non si osservano miglioramenti, dopo una quindicina di giorni, si faranno istillazioni di nitrato d'argento a 1 ‰ (5 cmc.).

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sull'etiologia del morbillo.

Imitando ricerche di Yoshioka, Ando ed altri sul tifo esantematico, Spigern Kusama, Toshihisa Yokoyama, Naruyoshi Ito (*The Japan Médical World*, gennaio 1925) hanno tentato di coltivare il virus morbilloso dai reni di scimmie sperimentalmente infette. Con 1 ½ cmc. di sangue di morbilloso in 3ª giornata di malattia, iniettato per via ipodermica, essi ottennero al 13° giorno una affezione catarrale del naso e delle congiuntive, accompagnata a febbre, eruzione e diminuzione del numero dei leucociti da 12,800 a 9800. La sindrome fu trasmessa in serie ad un secondo e ad un terzo animale, con periodi di incubazione di 8 e 12 giorni.

Uccise per dissanguamento la prima e la terza scimmia rispettivamente al 2° ed al 3° giorno dallo scoppio della sindrome, e seminati sangue ed organi in brodo-ascite in anaerobiosi, in entrambi i casi si ebbe sviluppo solo nei tubi innestati coi reni, e anche solo in alcuni di essi, nel primo caso in 1 su 4, nel secondo in 2 su 4 (in questi lo sviluppo fu evidente rispettivamente all'8° ed al 16° giorno di cultura).

Il germe isolato è un bacillo, talora di forma ovale, lungo da 1 ½ a 2-3 μ, con due corpuscoli terminali fortemente colorabili, non filtrabile, gram-positivo, che cresce con difficoltà in brodo comune e in brodo siero, bene in brodo ascite (sempre in anaerobiosi), in agar glucosato e agar sangue cresce solo nell'acqua di condensazione, in agar dritto dopo cultura di più di una settimana, dà luogo a una lieve pigmentazione rossiccia.

Due inoculazioni in scimmie, con 2-5 cmc. della prima cultura d'innesto o di una cultura al 7° passaggio, diedero esito negativo; e così pure 2 inoculazioni per via ipodermica, a bambini di quasi due anni, di culture al 3° e al 7° passaggio.

Le prove di agglutinazione del germe da parte del siero dell'animale infetto riuscirono ± 1:10, con siero immunizzato positive 1:40, diluizioni molto basse in confronto di quella di 1:1280 raggiunta per il germe del tifo esantematico.

Gli AA. rilevano nel micro-organismo da loro isolato una stretta rassomiglianza con quello da poco isolato nel tifo esantematico (che ne differisce solo per la stretta aerobiosi e qualche carattere culturale ed immunitario), e un'« apparenza morfologica specifica ». Tuttavia, non avendo potuto prendere le mosse che da un solo caso di morbillo, e non avendo perciò trattato che uno stipite del virus, non osano considerare il loro bacillo come l'agente causale della malattia, ed attendono una migliore occasione per ripetere le loro esperienze batteriologiche e sperimentali.

CORRADI.

IGIENE.

La produzione e il commercio del latte umano

La necessità di ricorrere all'allattamento artificiale ed i noti inconvenienti che con questo talvolta si collegano hanno fatto pensare ad usufruire del latte di donna per l'alimentazione di bambini che non possono essere allattati dalla madre o da balie mercenarie. L'idea ardita è stata messa in pratica agli Stati Uniti, ha ormai sorpassato il periodo di esperimento ed è sistematicamente organizzata. Non si può ancor dire che essa costituisca una vera azienda commerciale, perchè non è impiantata sulla base di dividendi da dare agli azionisti, sebbene gli introiti di un tale ufficio a Detroit (Michigan) siano ammontati nel 1923 a Dollari 9.388, per la vendita di circa 1,900 litri di latte. La parte finanziaria di questo Ufficio di distribuzione del latte di donna passa in seconda linea trattandosi di una vera istituzione di igiene sociale la quale fornisce il latte anche a chi non può pagarlo al prezzo normale, tanto che, nel bilancio del 1923 figurano 1.107 dollari per sopperire alle distribuzioni gratuite.

Questa distribuzione del latte di donna non è una cosa nuova negli Stati Uniti. B. R. Hoobler (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 17 gennaio 1925) ricorda che 14 anni fa, sempre a Detroit, il

latte di donna si poteva avere da qualche istituto privato in ragione di circa 15 dollari al litro! Fu allora che egli ebbe l'idea di organizzare la raccolta e la vendita in modo che molti bambini potessero usufruire di questo prezioso alimento. Si approfittò dapprima di donne che facevano la balia ed in seguito anche molte altre donne vennero a fornire il loro latte. L'Ufficio che fa ora parte di un ospedale per donne e bambini è sotto la direzione di un Comitato di pediatri ed occupa un paio di impiegati. La clientela è ormai numerosa sia fra le fornitrici di latte, che fra i consumatori. Tenuto conto, poi, che la richiesta è fluttuante, si è stabilito che il soprappiù di latte rimasto invenduto dopo le 24 ore venga dato gratuitamente agli ospedali che hanno in cura bambini malati o prematuri ai quali, naturalmente, non viene distribuito quando le richieste pareggiano l'offerta.

La maggior parte delle produttrici di latte si presenta all'Ufficio in seguito alle inserzioni di pubblicità sui giornali. Vi sono, come è ovvio, delle regole rigide per l'accettazione. La donna deve essere sana, con Wassermann negativa, esente da tubercolosi. Deve avere abitudini pulite ed abitare in una casa pulita; deve avere alimentato il proprio figlio fino agli otto mesi. Il latte deve venir munto due volte al giorno, conservato in ghiaccio e deve essere in quantità di non meno di 350 grammi al giorno.

Non viene prescritta una dieta speciale, soltanto si raccomanda un'alimentazione a basso contenuto proteico; sono assolutamente proibiti i prodotti che possono comunicare l'odore al latte. I bambini di queste produttrici vengono tenuti in osservazione da speciali visitatrici. Il latte viene raccolto in recipienti sterili e finora è stato munto a mano; siccome però questo modo di espressione oltre ad essere malagevole tendeva a diminuire la quantità del latte perchè la mammella non veniva abbastanza spremuta, si va ora applicando una mungitrice elettrica.

Il costo di produzione si è venuto abbassando da 21 centesimi di dollaro nel 1916 a 15 nel 1923. Il prezzo di distribuzione varia secondo la potenzialità di pagamento di chi acquista il latte da un massimo di 30 centesimi di dollaro l'oncia (g. 28) ad un minimo di 8 (per gli istituti).

I guadagni delle produttrici non sono indifferenti; nel 1922 una di esse ha guadagnato 1000 dollari; un'altra ha continuato a fornire il proprio latte durante tre periodi, guadagnando in totale 3500 dollari e, siccome l'ultima volta, l'Ufficio si rifiutò di prendere il latte dopo il 14° mese, essa divenne nuovamente incinta pur di poter godere ancora di un guadagno che essa poteva ritrarre senza fatica e senza abbandonare le proprie occupazioni domestiche.

Questo commercio che, a tutta prima può anche sembrare quasi ripugnante, dovrebbe invece venire incoraggiato perchè, se fatto sotto le più severe garanzie, può essere di grande utilità, specialmente per i bambini malati o prematuri.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura delle polluzioni. — Al dott. F. A. da C.:

La terapia delle polluzioni è basata su l'irrobustimento dell'organismo, la regolarizzazione delle funzioni sessuali, l'eliminazione di eccitanti.

Giovano pertanto tutte le cure dette ricostituenti: miglioramento della dieta, esercizi fisici all'aria aperta, ritmo regolare di lavoro e di riposo, eventualmente somministrazione di preparati ricostituenti; pratiche sessuali metodiche senza eccessi e senza prolungati periodi di astinenza; evitare gli eccitamenti sessuali che non possono avere soddisfazione, le bevande eccitanti, andare a letto a distanza dal pasto serale, bagno caldo prima di coricarsi.

DR

Cura della ninfomania. — Al dott. F. L. da T.:

L'eccessivo desiderio sessuale che, come nel caso indicato, è probabilmente dovuto a disordini endocrini in rapporto alla menopausa, dovrebbe teoricamente essere sedato da preparati opoterapici. Purtroppo al riguardo non si hanno indicazioni precise ed i prodotti endocrini finora suggeriti lasciano sempre il tempo che trovano.

Conviene quindi insistere con i bromuri a dosi generose.

DR.

Al dott. G. D. V. da G. — Consigliamo:

ROGER et AYMÈS. *Diagnostic et traitement des sciatiques.* Editore A. Maloine, Parigi.

B. MASCI. *Tecnica terapeutica ragionata.* Editore L. Pozzi, Roma.

L. FERRANNINI. *La terapia clinica nella medicina pratica.* Editore L. Pozzi, Roma.

A RUBINO. *Terapia clinica.* Editore Vallardi, Milano.

E. VENEZIAN. *Prontuario terapeutico.* Editore L. Pozzi, Roma.

a. a.

VARIA.

Insegnamento clinico ed esercizio professionale.

Due o tre anni or sono si diffuse, nel mondo medico, la notizia che le autorità amministrative di alcune Università americane erano venute nella determinazione di non consentire, agli insegnanti di clinica di nuova assunzione, l'esercizio professionale; in compenso, questi insegnanti sarebbero stati molto lautamente retribuiti, così da compensarli della perdita economica. Lo scopo era di ottenere che non fossero più distratti dalla pratica privata, ma che consacrassero tutto il loro tempo e la loro attività all'insegnamento ed ai progressi scientifici della medicina.

Un rapporto del «Comitato per l'Organizzazione degli Istituti Clinici» del Collegio dei Medici e Chirurgi all'Università di Columbia, che ha sede a New York, prende in esame i risultati di questa innovazione. Il rapporto viene discusso dal decano della Scuola Medica, dott. William Darrach (*American Medicine*, aprile 1925; a. a.).

Emerge da esso che il sistema è fallito per una serie di cause, alcune delle quali d'ordine puramente locale, inerenti all'organizzazione delle scuole mediche negli Stati Uniti, altre generali. Accenneremo qui a queste ultime.

È difficile coprire i posti; molti medici di valore preferiscono di essere assunti da ospedali senza insegnamento clinico, piuttosto che rinunziare all'esercizio privato, il quale è fonte di soddisfazioni morali, oltre che d'introiti ingenti. Diviene anche difficile di reclutare un personale assistente scelto. I malati e le loro famiglie elevano vivissime proteste, non potendo più valersi dell'opera dei clinici, se non allo stesso titolo dei malati poveri, non paganti. Per lo stesso motivo sono scontenti molti colleghi che ripongono fiducia nei clinici e vorrebbero mandare ad essi i clienti paganti. Infine è da tener conto che la clinica è scienza applicata; le qualità del clinico si affinano e perfezionano a contatto con la pratica privata, la quale non coincide con la ristretta pratica all'Istituto d'insegnamento.

Il rapporto conclude proponendo di abolire ogni restrizione. Il prof. Darrach, a sua volta, si dichiara convinto che le frasi «full time» e «part time» (letteralmente «a tutto tempo» e «a una parte del tempo»), siano presto destinate a scomparire dalla Scuola Medica di Columbia.

R. B.

Vecchi ringiovaniti.

Il dott. Clayton E. Wheeler, di S. Francisco, detto il Voronoff d'America, ha eseguito finora circa 6000 innesti glandolari in soggetti anziani reclutati fra i detenuti della prigione di Stato St-Quintin, in California. Gli è stato ora offerto un banchetto, a New York, da 150 vecchi da lui «ringiovaniti», i quali dichiararono che avevano disperato di essere ancora utili nella vita, mentre adesso occupano, in maggioranza, posizioni le quali normalmente sono tenute da uomini di media età.

Il Wheeler sostiene che, sebbene il ringiovanimento si presti alla canzonatura ed ai voli di fantasia dei romanzieri, costituisce una conquista definitiva, suscettibile di ulteriori sviluppi. È suo convincimento che tra pochi anni accadrà raramente di vedere individui decrepiti camminare faticosamente lungo i marciapiedi, sostenendosi ad un bastone o ad una gruccia.

A. S.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PAROLI RICCARDO. *Contributo alla moderna terapia e profilassi della pertosse.* — Vicenza, Coop. Tip. degli Operai, 1922.

PENDE NICOLA. *Sull'anemia perniciosa splenomegalica. - Nuovo contributo clinico.* — Messina, Tip. Guerriera, 1922.

ID. *Sul problema clinico del tono del cuore.* — Bologna, L. Cappelli, 1921.

PERERA ARTURO. *La vacunoterapia en infecciones quirurgicas.* — Madrid, 1922.

PERRI CARLO ALBERTO. *Lotta antitubercolare ed Ufficiale sanitario.* — Camerino, Tip. F.lli Marchi, 1922.

PIGHINI GIACOMO. *Sugli effetti della timectomia.* — Reggio Emilia, Coop. Lavoranti Tipogr., 1922.

SERONO CESARE. *Applicazioni e limiti dell'opoterapia.* — Roma, Istituto Naz. Med. Farmacologico, 1922.

SEGA ACHILLE. *Sindrome di femminilismo eunucoide ed infezione tubercolare.* — Milano, F. Vallardi, 1921.

ID. *Sugli spostamenti da trazione del mediastino anteriore nella tubercolosi polmonare.* — Bologna, I. Parma, 1921.

VALAGUSSA FRANCESCO. *Il contagio tubercolare nei lattanti.* — Roma, Stab. Poligr. Editoriale Romano, 1922.

AMORELLI-ATTINÀ ALFREDO. *A proposito di un caso di paraplegia inferiore con disturbi della vescica e del retto, sviluppatosi nel corso di una perniciosa malarica.* — Napoli. Tip. «Studium», 1924.

ARTUSI GIUSEPPE. *Sclerodattilia con sclerodermia simulante la lebbra.* — Roma, Tip. Regionale, 1924.

Atti della Associazione Romana tra i cultori dell'Elettrologia e della Radiologia. — Roma, C. Piaggesi, 1924.

BAJLA EUGENIO. *La scuola e l'alcoolismo.* — Milano, A. Tordani, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA

Il disegno di legge per la protezione ed assistenza della maternitá e dell'infanzia.

L'ufficio centrale del Senato ha presentato la relazione e il disegno di legge, che contiene notevoli emendamenti del testo ministeriale, per la protezione della maternità e dell'infanzia.

La relazione è opera pregevolissima del senatore Marchiafava. Per necessità di spazio non possiamo pubblicarla integralmente. Ne riportiamo la parte che illustra più direttamente il fondamento e la finalità della istituzione:

« Questa legge è detta dalla protezione della maternità e della infanzia: riguarda adunque la donna durante le funzioni della maternità; la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento; cioè durante tutto il periodo, come dicono i fisiologi, della simbiosi fisiologica, che comincia dalla fecondazione e finisce con il divezzamento; e inoltre riguarda la infanzia, la quale non si limita al tempo dell'allattamento e al secondo anno di vita, come si crede da alcuni, ma distinta dai fisiologi nei tre periodi, prima, seconda e terza infanzia, si estende negli anni successivi all'età prescolastica e scolastica sino alla pubertà conclamata, nella quale dall'adolescenza si entra nella giovinezza, *juventus* a *juvare*, l'età, come scrive il nostro Luciani, della piena attività durante la quale si sviluppano l'energie atte al lavoro utile e si ha la capacità di portare le armi.

La protezione della maternità significa che alla donna nella gestazione, nel parto, nel puerperio, nell'allattamento si diano le condizioni favorevoli affinchè quelle funzioni si compiano nel modo migliore per il bene della madre e del bambino. Durante la gestazione la donna deve avere il necessario conforto materiale e morale; vivere, cioè, in un ambiente tranquillo senza cause di patemi dell'animo, in una casa salubre e pulita, lavorare con moderazione, evitando gli strapazzi e avere un'alimentazione sufficiente e sana. Inoltre alla donna gestante, negli ultimi mesi della gravidanza, è necessaria una vigilanza competente. L'esame della donna gestante fatto da un medico specializzato ha importanza pratica e sociale, perchè può rivelare condizioni patologiche, come la sifilide, la tubercolosi, l'albuminuria, la blenorragia, la cui cura pronta eviterà danni talora letali per la madre e per il bambino: basti ricordare la efficacia della cura pronta della sifilide, dell'albuminuria, della blenorragia, delle quali malattie, la prima, se non uccide il bambino può dare la infelicità per tutta la vita, la seconda può essere causa di morte della madre e del bambino, la terza è la causa più frequente della cecità. Aggiungiamo che la visita medica competente prevede e previene le difficoltà meccaniche evitabili del parto.

Le donne gestanti, non obbligate al lavoro fuori della casa, in condizioni di agiatezza che loro consenta di avere una buona assistenza, devono possedere la istruzione che le guidi a praticare quelle norme che la medicina suggerisce per il bene loro e dei figli che portano nel seno. Ma questa legge pensa precipuamente alle donne gestanti, le quali, per la dura necessità, sono obbligate al lavoro nelle officine, nei campi o altrove, e a quelle che, pur non obbligate a quel lavoro, mogli di operai o di piccoli impiegati, devono attendere a tutte le faccende domestiche e sono prive di mezzi per avere quell'assistenza, che hanno le gestanti agiate. Ora per le donne gestanti obbligate al lavoro, questo deve essere moderato per la qualità e per il tempo, e nell'ultimo periodo della gestazione la moderazione deve essere maggiore fino alla cessazione almeno nelle quattro settimane che precedono il parto, e intanto la donna non deve essere privata della sua mercede, senza la quale potrebbe anche mancare dell'alimentazione necessaria a sostentarla.

Per la vigilanza delle donne gestanti e specialmente per la indagine dei primi sintomi, che spesso sfuggono ai profani, di quelle malattie ricordate e di eventuali anomalie o malformazioni, indagine, che apre la via alla profilassi e alle cure tempestive e salvatrici, è necessaria la istituzione dovunque, nelle città e nelle campagne, di ambulatori annessi alle cliniche, agli ospedali, agli asili materni, o isolati, assai meglio se vicini alle officine, alle fabbriche con donne lavoratrici, ove siano medici competenti, levatrici esperte e infermiere visitatrici abili, accorte, pazienti, con il sentimento elevato del dovere. In questi ambulatori le donne gestanti saranno visitate, riceveranno le cure convenienti e tutti quei consigli igienici utili alla continuazione normale della gravidanza e alla preparazione di un parto felice. Alle visite delle donne gestanti negli ambulatori si aggiungeranno le visite delle dette infermiere nelle loro case, perchè siano indirizzate ed aiutate in ciò che si deve preparare per il parto e il puerperio e per il benessere del nascituro.

Alla protezione della donna operaia durante le funzioni della gestazione, del parto, del puerperio e dell'allattamento ha provveduto il progetto di convenzione della Conferenza interalleata di Washington del 1919, ratificato dall'Italia, cui peraltro non ha seguito l'emanazione delle norme legislative perchè entri in vigore. In questa convenzione si decise che la donna operaia è in diritto d'interrompere il lavoro sei settimane pri-

ma e riprenderlo sei settimane dopo il parto, e che in questo periodo di riposo riceverà una indennità che le consenta di mantenersi in buone condizioni igieniche; che la donna operaia avrà diritto alla cura gratuita della levatrice e del medico e ai riposi necessari per l'allattamento del bambino durante le ore del lavoro.

Di grande utilità sociale sono gli *asili materni*, ove trovano ricovero le donne gestanti povere e abbandonate, nubili e maritate, e ricevono assistenza materiale e morale perchè il parto si compia normalmente, e vi soggiornano durante l'allattamento.

Di questi asili materni bene organizzati e ben diretti, ove specialmente le madri nubili trovano quel conforto materiale e morale, onde hanno bisogno, ve ne sono in alcune città d'Italia e anche in Roma, aperti da molti anni, e dove non è raro di vedere madri, entrate nubili, uscirne sposate dall'uomo che le ha rese madri.

Giova infine alla protezione della maternità la istruzione nelle scuole, nelle officine, nei laboratori, negli ambulatori, per la quale si diffondono fra le giovani le nozioni elementari di puericultura avanti la procreazione, durante la gestazione, dopo la nascita, per avviare al maggior bene sociale l'istinto della riproduzione. La Lega nazionale inglese per la salute, la maternità e l'infanzia, che racchiude molte Associazioni, ha presentato nell'anno decorso, al Ministero della salute, una serie di proposte, fra le quali l'insegnamento biologico nelle scuole femminili, come fondamento per il successivo insegnamento della igiene e della maternità. E poichè la biologia comprende anche la vita sessuale, converrebbe aggiungere che l'insegnamento di questa dovesse permettersi soltanto per le giovani adulte, fatto con discernimento, con bontà, con discrezione da persone dello stesso sesso e seguite da consigli e ammonimenti di temperanza, di fortezza alla rinunzia di ciò che offende la dignità umana e nuoce alla salute seguendo ciecamente l'impulso dell'istinto.

È opportuno qui ricordare come in alcune nazioni i fidanzati, che si presentano all'ufficio di stato civile per le formalità precedenti il matrimonio, compiute queste, sono introdotti nell'ufficio di un medico esperto, il quale fa comprendere la loro responsabilità di fronte alla prole e la importanza sociale degli ideali di eugenica. Tutti coloro che sono familiari con il miglioramento delle piante e degli animali per la selezione artificiale comprenderanno la possibilità di modificazioni del potere fisico ed intellettuale della nostra razza per una saggia applicazione dei postulati dell'eugenica.

Avvenuto il parto con l'assistenza della levatrice o, eventualmente, dell'ostetrico, con tutte quelle norme che valgano a preservare dalle infezioni puerperali, la madre dovrà rimanere nel riposo e nella calma per almeno quattro settimane, cominciando l'adempimento del dovere di nutrire il figlio del suo latte. La protezione del bambino è imposta dalla mortalità e dalla morbilità elevate nei primi anni di vita e dalle condizioni di gracilità, di deficienza di molti fanciulli, onde la maggiore disposizione ad ammalare e la incapacità, nell'età adulta, di un lavoro proficuo e di adempiere i doveri sociali. Alla puericultura prenatale con l'assistenza e la cura alla donna gestante segue la puericultura postnatale, seguono le cure da prestarsi al bambino. La prima di queste cure, la più vitale, è l'allattamento materno, il miglior mezzo di protezione del bambino e di difesa dalle malattie e dalla morte. Esistono, peraltro, talune condizioni nelle quali la madre non può allattare, e, anche potendo, l'allattamento materno riuscirebbe dannoso al bambino. Ora perchè la madre possa allattare il suo bambino è naturale che debba trovarsi nelle condizioni favorevoli all'adempimento di questa nobile e benefica funzione. Così se la madre è obbligata al lavoro è necessario che le siano date tutte le opportunità per allattare il proprio bambino. A questo scopo sono in prima linea le sale di allattamento annesse agli stabilimenti industriali, agli opifici, custodite secondo le norme dell'igiene, ove le madri, ad ore stabilite, interrotto il lavoro, vadano a dare il latte ai loro bambini, custoditi e vegliati, nell'assenza delle madri, da persone competenti. Il numero di stabilimenti, ove lavorano le donne, con sale di allattamento, va sempre crescendo anche da noi, per opera di industriali intelligenti, accorti e buoni. Anche le sale di ricovero per bambini lattanti di madri operaie, le così dette *crèches*, sono utili quando la direzione ne sia competente ed accurata. Per le madri non operaie, mogli di operai, possono essere necessarie sovvenzioni, perchè abbiano un'alimentazione sufficiente e sana, durante l'allattamento. A questo scopo giovano anche le sale di refezione per le madri lattanti, delle quali io da molti anni ho veduto i risultati benefici, che sono migliori e maggiori quando alle sale di refezione è annesso un ambulatorio per bambini. Assai giovano gli ambulatori o i dispensari infantili, ove le madri portano i loro bambini, che sono esaminati da medici specialisti, con l'aiuto di infermiere esperte, e sorvegliati nel loro accrescimento, e ricevono, quando occorrono, alimenti convenienti e i rimedi indicati e consigli igienici, la cui pratica viene controllata dalle infermiere visitatrici. Di queste le più abili e le più fidate sono quelle che hanno fatto i corsi di assistenza per bambini o nei brefotrofi o negli istituti di puericultura, come quello, in Roma, di San Gregorio, veramente benemerito della protezione e dell'assisten-

za all'infanzia. L'esperienza insegna la somma efficacia di questi dispensari infantili e come le madri ne siano soddisfatte e divengano sempre più premurose, attente e orgogliose della prosperità dei loro bambini.

Per i bambini non allattati dalle madri, orfani o abbandonati, specialmente se illegittimi, provvedono quegli antichi istituti, che sono i brefotrofi, la cui organizzazione ora è notabilmente migliorata per la sorveglianza igienica, per la direzione competente, per il frequente e spontaneo allattamento materno, onde la riduzione della mortalità dei bambini pressochè eguale a quella che si ha fuori di quegli istituti. Quando nella discussione al Senato, nel dicembre 1907, della legge già ricordata « assistenza agli esposti e alla infanzia abbandonata », il senatore De Cristoforis espresse il desiderio che nella legge fosse inserito l'obbligo alle madri di soffermarsi nei brefotrofi per allattare i loro bambini almeno per tre mesi, il presidente del Consiglio di allora, onorevole Giolitti, si augurava che a ciò si dovesse addivenire, ma che passare d'un tratto dal sistema barbaro della ruota ad un sistema di perfezione, com'era quello desiderato dal senatore De Cristoforis, egli non lo credeva attuabile in quel momento. Sono passati 18 anni; l'obbligo alle madri non è imposto, ma intanto progredisce e prospera l'allattamento materno nei brefotrofi, come in quello di Roma, abilmente diretto, e non si deplora più la spaventevole mortalità di altri tempi. Le madri, se non sono proprio snaturate, si affezionano alle loro creature e vinte dall'amor materno, vincendo i pregiudizii, le riconoscono come il frutto del loro seno e sono loro prodighe delle più tenere cure.

Alla protezione della infanzia nel periodo dell'allattamento segue la protezione negli anni successivi, nella puerizia, nella età prescolastica e scolastica. Per i fanciulli privi di genitori o perchè orfani o perchè illegittimi o perchè abbandonati da genitori snaturati e indegni, sono gl'Istituti degli orfani e della infanzia abbandonata, dai quali possono essere collocati presso famiglie coloniche, continuandone la vigilanza. Nell'età prescolastica sono indispensabili in ogni comune del Regno gli asili infantili che raccolgano tutti i fanciulli di quell'età e particolarmente quelli che, altrimenti, rimarrebbero abbandonati nelle strade. La scuola, che istruisce ed educa, sarà più feconda di bene se abbia, come ormai è in molte scuole del Regno, come in quelle di Roma, la vigilanza igienica e sanitaria degli alunni, l'insegnamento della igiene. L'assistenza medica nelle scuole è d'inestimabile valore, perchè rivela, anche in fanciulli apparentemente sani, disposizioni morbose eliminabili, difetti riparabili, malattie all'inizio facilmente guaribili. Maggiore ne sarà il vantaggio, quando le siano associate le opere così dette parascolastiche per opera dei Patronati scolastici, cioè i ricreatori, i dopo scuola per i fanciulli che non possono essere dopo la scuola vigilati dai genitori, le passeggiate festive, le colonie marine e montane per i fanciulli poveri, gracili e deboli, la cui indiscutibile utilità è ormai riconosciuta in tutte le nazioni civili. Per la scuola e le istituzioni prescolastiche i fanciulli sono salvati dai pericoli materiali e morali della strada, e crescono nell'amore della pulizia, dell'ordine, della disciplina e nel sentimento del dovere.

Connesse a queste opere d'istruzione e di educazione morale sono l'educazione fisica e la profilassi delle malattie specialmente della tubercolosi. Si comprende la nostra responsabilità nella profilassi di questa malattia quando si consideri che non si nasce con la tubercolosi, al più se ne può ereditare la disposizione, e che il germe penetra negli organismi per il contagio interumano; onde viene che la prima norma della profilassi è l'allontanamento dei bambini dagli ambienti ove sono malati di tubercolosi. A questo scopo sono le colonie per i figli dei tubercolosi come la Colonia Regina Elena in Roma e l'opera di prevenzione antitubercolare infantile in Milano. Nei dispensari antitubercolari si veggono madri tubercolose, che allattano e talune, consapevoli della natura della loro malattia, implorano l'allontanamento dei figli perchè siano salvati dalla malattia, ond'esse sono affette. Queste povere madri ricordano la madre vera nel giudizio di Salomone, la quale supplicava il re sapiente di dare alla madre bugiarda il proprio bambino, pur che ne fosse salva la vita. Si deve considerare inoltre che il germe della tubercolosi penetrato nell'organismo, vi rimane spesso latente, anche per tutta la vita, e che a provocare le malattie tubercolari vale il concorso dei fattori sociali, come la scarsa alimentazione, le condizioni antigieniche delle abitazioni, le *tristes sine sole domus*, dai quali i fanciulli dovrebbero essere preservati. Fra le leggi approvate dal Senato, che riguardano il benessere dei fanciulli, è appunto il decreto-legge del 24 luglio 1919: « Provvedimenti per combattere la tubercolosi », con il quale si provvede al collocamento di fanciulli conviventi con persone affette da tubercolosi contagiosa.

All'adolescente, che passa dalla scuola nell'ambiente del lavoro, deve essere continuata la vigilanza e la protezione. Di questa necessità attestano le varie leggi sul lavoro dei fanciulli e le discussioni della recente conferenza internazionale del lavoro di Washington, dalla quale uscirono i progetti di convenzione, che ebbero l'approvazione dei rappresentanti dell'Italia.

(Segue il disegno di legge).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le pensioni dei medici condotti.

Il Direttorio Centrale del Sindacato Medici condotti comunica che si è ottenuto un piccolo acconto col riconoscimento delle campagne di guerra agli effetti della pensione.

Per gli altri più importanti *desiderata* a questo riguardo continua più attiva la campagna, che è stata portata anche alla discussione della Camera.

Nei varî e ripetuti sopraluoghi ai Ministeri e alla Cassa di Previdenza si è avuto assicurazione che colla revisione del bilancio tecnico di questo esercizio si avranno risultati che potranno dar modo di ridurre sensibilmente la ritenuta del 40 % e allora si vedrà se è possibile abolirla del tutto. Si dovrà ad ogni modo allora pensare alle occorrenti disposizioni di legge, per le quali è necessario il consenso del ministro delle Finanze.

Per i Sanitari dei Comuni terremotati.

Il Consiglio Superiore di Sanità su proposta del dott. Vacino, segretario generale del Direttorio Centrale Medici condotti, ha votato all'unanimità la seguente mozione:

« Il Consiglio Sup. di Sanità;

in considerazione dello stato di servizio della grande maggioranza dei sanitari dipendenti dai Comuni terremotati, che riesce alla fine pregiudizievole al servizio sanitario stesso;

considerando che la causa di tale disagio è fondata essenzialmente sul fatto che per molti di tali Comuni terremotati, amministrati dalla Commissione Reale, alle dipendenze del Ministero dell'Interno, non si applicano, o si applicano con falcidie notevoli i deliberati della G. P. A. della stessa Provincia per la sistemazione delle condotte sanitarie dei Comuni non terremotati;

ritenendo che non soltanto appare ingiusta tale differenza di trattamento ma che essa frustra una tassativa disposizione di legge (art. 34 del R. D. 30 dic. 1923) che attribuisce alla G. P. A. e non ad altri il còmpito di fissare le condizioni di compenso delle condotte sanitarie;

fa voti che il Governo disponga perchè la Commissione Reale che amministra i Comuni terremotati si attenga a quanto le G. P. A. hanno deliberato circa il trattamento economico e giuridico dei sanitari condotti dei Comuni non terremotati in applicazione dell'art. 34 del R. D. 30 dic. 1923 n. 2889 ».

VACINO, TORTI, RACCA, VIVANTE, SCLAVO, MAGGIORA.

MEDICINA SOCIALE.

Le assicurazioni sociali in Francia.

L'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta del 28 aprile 1925, si occupò del disegno di legge sulle assicurazioni sociali.

Il dott. Mesureur osservò che le cure agli assicurati non devono diventare monopolio di pochi medici; d'altra parte però si deve evitare che la libera scelta del medico da parte dell'assicurato conduca a quegli abusi, verificatisi per gl'infortuni nel lavoro, per i quali sono state create aziende commerciali, dove è convogliata la clientela degli assicurati. L'oratore propose per i medici delle assicurazioni sociali una specie di investitura conferita non da un'autorità amministrativa, ma da un corpo medico, riservata a medici di nazionalità francese.

La discussione condusse a far approvare le seguenti conclusioni:

a) scelta libera del medico e relazione diretta col cliente assicurato, senza interposizione delle Casse;

b) rispetto assoluto del segreto professionale;

c) nessun controllo, da parte delle Casse, sugli atti del medico curante;

d) obbligo per le Casse di lasciare in facoltà dei malati di scegliere la casa di cura con l'organizzazione medica attuale.

Queste condizioni stabilite per le assicurazioni sociali si concretano sostanzialmente in una richiesta: l'introduzione delle assicurazioni sociali in Francia non dovrà mutare o modificare in nulla gli attuali rapporti tra medici e ammalati e tra questi e le case di cura. Esse sono più intransigenti di quelle già formulate dai Sindacati medici francesi in fatto di indipendenza dei sanitari dalle Casse di assicurazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA DI EGITTO. *Ospedale Italiano.* — Direttore del *Laboratorio di ricerche cliniche ed anatomo-patologiche* ed eventualm. di un *Istituto antirabico.* Direttore del *Gabinetto di radiologia.* Vedi fasc. 31. Scad. 15 ottobre.

APPARIZIONE (*Genova*). Scad. 31 ag. Vedi fasc. 31.

BORGHETTO VARA (*Spezia*). Al 25 ag., ore 18; L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicl. e L. 500 se uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi. Tassa L. 50.15.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Medico primario; lire 6000 (*sic*). Docum. agli Uffici d'Ammin. (v. Moretto 42) non più tardi delle ore 17 del 15 sett. Età lim. 45 a. (ex combatt. 50). Chiedere annunzio.

CALTAGIRONE (*Catania*). — Per Mussolinia; lire 10,000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 cav.; alloggio non arredato. Età mass. 45 a. Scad. ore 12 del 25 ag.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Mandamentale di S. Giuseppe.* — Chirurgo primario. Vedi fasc. 31. Scad. ore 20 del 20 ag.

DEGO (*Genova*). — Scad. 13 ag.; kmq. 34 (di cui 12 in piano e 22 in collina); ab. 2325; pov. 960; stip. residenziale L. 8400; addizionale L. 500; mezzo trasp. L. 300; uff. san. L. 500. Farmacia; ferrovia; ecc.

FORMIGINE (*Modena*). — 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; trasp. L. 2500. Scad. 30 ag.

FOSSANO (*Cuneo*). — Scad. 15 ag.; 3ª cond. rurale; 6 frazioni; L. 7000 e quinquenni dec.; lire 1500 mezzo trasp.; tassa L. 50.

GENOVA. *Laboratorio terapia sperimentale* (prof. A. Bruschettini). — Disponibile posto d'assistente. Stipendio e ogni mezzo di studio animali compresi a disposizione. Richiedesi conoscenza profonda tecnica batteriologica. Indispensabile conoscenza lingua francese e possibilmente tedesca.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONTALDO BORMIDA (*Alessandria*). — Scad. 15 agosto; L. 7000 e quinquenni; per uff. san. lire 500; età mass. 45 a.

MONTECASTELLO VIBIO (*Perugia*). — A tutto 31 agosto. Vedi fasc. 31.

MORNESE (*Alessandria*). — Con Montaldeo; lire 7000 per 300 pov., 4 quinq. decimo; trasp. L. 500; uff. san. L. 500. Scad. 31 ag.

PAVULLO (*Modena*). — 4ª cond. e direz. gabinetto di radioscopia Ospedale Civile. Vedi fasc. 31. Scad. ore 18 del 20 ag.

PLATACI (*Cosenza*). — Ab. 1818; L. 7000 e addizion. L. 1000 se oltre 20 % pov.; 5 quadrienni dec.; uff. san. L. 1000. Scad. 25 ag.

POGGIO IMPERIALE (*Foggia*). — Al 30 ag.; L. 9000 e 4 quadrienni dec.; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — Proroga 31 ag.

RANZO (*Imperia*). — Proroga 31 ag.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Al 20 ag., 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cav.; c.-v. L. 1200 se famiglia, L. 600 se celibe; assicur. Tassa L. 50.10 al Cassiere com. Docum. a 6 mesi. Serv. entro 20 gg.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17, cond.; per informazioni rivolgersi Segreteria.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Med. chir. assist. straordin.; L. 4500 (*sic*); titoli ed esami. Docum. al Protocollo non più tardi delle ore 17 del 25 ag. Tassa L. 50 al Tesoriere. Età mass. 30 a. Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati i proff.: Giuseppe Mariani e Mario Giuseppe Truffi di clinica dermosifilopatica rispettivamente a Bari ed a Catania; Guido Maria Piccinini di farmacologia a Modena (rallegramenti cordiali al nostro antico corrispondente ed amico).

Il prof. Henry Roger, decano della Facoltà medica di Parigi, ha assunto l'insegnamento della fisiologia, in seguito al ritiro del prof. Charles Richet, determinato dai limiti d'età.

Al posto del prof. Roger è subentrato, sulla cattedra di medicina sperimentale, il prof. Francis Rathéry, il quale era *agrégé* al prof. Paul Carnot.

NOTIZIE DIVERSE.

Istituto di Coltura Italiana negli Stati Uniti.

È sorto a New York, sotto gli auspicî di quella Columbia University; ne è presidente il prof. John L. Gerig. Il presidente del Comitato esecutivo nazionale, on. John J. Freschi, ci ha rivolto il seguente messaggio:

Ill.mo signor Direttore,

La necessità di vedere diffuse la lingua, la letteratura, le arti italiane in America trovò da principio pochi sostenitori e molti furono quelli che si disinteressarono di questo importante problema.

Più tardi, quando un gruppo di spiccate personalità intellettuali italiane ed americane intesero l'alta importanza di questo problema nulla trascurarono perchè l'opinione pubblica ne fosse illuminata qui e convocarono a tale uopo delle importanti riunioni nelle quali ben s'intravvedeva l'utilità di rendere più intense le relazioni culturali tra gli Stati Uniti e l'Italia.

La Columbia University intanto, la più illustre delle Università americane, che sempre accolse i professori italiani e diede loro a reggere importanti cattedre, fu auspice or non è molto del sorgere dell'Istituto di Cultura Italiana riconoscendo così le insite virtù della nostra razza ed il contributo prezioso che l'Italia giornalmente porta in ogni campo dell'attività umana.

Sviluppatosi questo movimento i dirigenti dell'Istituto di Cultura Italiana, sorretti dal plauso unanime che giungeva loro d'ogni parte dagl'Italiani, profusero ogni attività perchè presto fosse eretta presso la Columbia University una Casa Italiana, simbolo delle nostre numerose comunità, della nostra civiltà.

La campagna è ora splendidamente in marcia e sarebbe un titolo di onore per me, sig. Direttore, se Ella volesse dare a questo movimento nobilissimo l'appoggio Suo autorevole ed illuminato inviando al Professore John L. Gerig, Executive Officer Department Romance Languages and Literatures, Columbia University e Presidente dell'Istituto di Cultura Italiana negli Stati Uniti un messaggio augurale da essere riprodotto su questa stampa italiana e su quella americana e qualche Sua pubblicazione in omaggio per la nostra Biblioteca Circolante.

Sentitamente ringraziandola e con i sensi della mia stima e considerazione.

JOHN J. FRESCHI.

Il nostro giornale ha così risposto:

Sig. Prof. JOHN L. GERIG,
Presidente dell'Istituto di Coltura Italiana
negli Stati Uniti — *New York.*

Esprimo il mio compiacimento ed il mio plauso per la nobilissima iniziativa, che tende a consolidare e temprare i legami intellettuali avvincenti il popolo italiano a quello americano.

Il nostro *Policlinico*, augurando un felice risultato, invia in omaggio le sue tre sezioni medica,

chirurgica e pratica, mentre volentieri si fa centro fra gli Italiani per la spedizione di opere ed estratti.

V. ASCOLI.

Nella Direzione Centrale di Sanità Militare.

Il dott. Francesco Della Valle, generale medico capo, cessa col 1° agosto dalle funzioni di direttore generale capo della Direzione centrale di Sanità militare ed è collocato a disposizione per servizio ispettivo; delle sue funzioni è incaricato il dott. Giovanni Calegari, generale medico in posizione ausiliaria. Il dott. Della Valle non lascia dunque il servizio: egli rimane a capo del corpo sanitario militare.

Il dott. Stefano Santucci, generale medico, cessa dalla carica di presidente del Collegio Medico Superiore presso il Ministero della Guerra ed è nominato ispettore di Sanità Militare con sede a Milano; al suo posto è nominato il dott. Andrea Ciaccio, generale medico, richiamato dal congedo.

I dottori Carlo Gualdi e Umberto Riva, generali medici, sono nominati ispettori di Sanità Militare, con sede rispettivamente a Napoli ed a Firenze.

Gl'ispettorati, di nuova istituzione, provvedono all'alta vigilanza tecnica e scientifica sul servizio sanitario militare. Il territorio nazionale è ripartito in tre zone, corrispondenti ai tre corpi d'armata, a ciascuna delle quali è preposto un ispettore. Questi dipendono tecnicamente dalla Direzione centrale di Sanità militare, e disciplinarmente dal comando di Corpo d'armata ove hanno sede.

I provvedimenti riguardanti la Direzione centrale di Sanità militare trovano riscontro in quelli che si stanno attuando anche in altre direzioni generali del Ministero della Guerra e probabilmente mirano ad un indirizzo nuovo ed uniforme nei vari servizi dell'Esercito.

XIV Congresso Stomatologico Italiano.

Come abbiamo già annunciato, questo congresso avrà luogo a Fiume nel prossimo settembre. Per aderire al desiderio di parecchi partecipanti, esso è stato differito dal giorno 3 al giorno 10. S. E. l'on. Mussolini ha accettato di esserne il patrono. Sono già inscritte venti comunicazioni, fra le quali una del prof. Beretta « Contributo alla patogenesi della carie dentaria », una dell'on. prof. Perna « Avitaminosi e sistema dentario », una dei proff. Fasoli e Manicardi « La carie sperimentale in vitro », ecc. Dicemmo la volta scorsa che parteciperanno ai lavori stomatologi ungheresi; sembra certo l'intervento anche di colleghi tedeschi e probabile quello di svizzeri e francesi.

Oltre ai soci della Federazione Stomatologica Italiana, promotrice del congresso, possono partecipare allo stesso tutti i medici ed odontoiatri italiani e stranieri che ne facciano domanda alla presidenza della Federazione stessa, Lungo Tevere Mellini, 17, Roma (26).

Per Fiume in settembre è concesso un ribasso ferroviario del 50 % in occasione delle mostre di agricoltura, industria e commercio, di arte, di floricultura. Il Comitato ordinatore del Congresso ha organizzato gite ad Abbazia e a Postumia.

XVII Congresso della Società Freniatrica Italiana

Come abbiamo annunziato si terrà a Trieste dal 24 al 27 settembre, per opera di un comitato esecutivo presieduto dal dott. G. Pastrovich, direttore di quell'Ospedale psichiatrico provinciale, assistito da valenti coadiutori. L'ufficio di segreteria sarà tenuto dalla dott.ª Evelina Ravicz.

I temi generali proposti sono i seguenti:

1) « La costituzione in psichiatria », relatori: M. Kobylinsky e G. Vidoni (Genova);

2) « Psichiatria e psicanalisi »; relat. Edoardo Weiss (Trieste);

3) « Terapia della paralisi progressiva »; relatori: Gustavo Modena, N. De Paoli e Mondini (Ancona).

Per eventuali comunicazioni inviarne i titoli alla segreteria in Genova - Casella postale n. 879.

1° Congresso Generale del bambino.

È indetto a Ginevra dal 24 al 28 agosto, e vi saranno rappresentati tutti gli Stati civili, per discutere argomenti di igiene, medicina, assistenza, previdenza, educazione, ecc. Sono notificate numerose comunicazioni.

Per l'intervento al Congresso sono offerte e stabilite facilitazioni considerevoli, specialmente allora che la Nazione possa concorrervi con un certo numero di persone (per 50 congressisti, riduzione del 25 %; per 100, il 35 %; per 200, il 50 %).

Lingue ufficiali: la francese, l'inglese, la tedesca, la spagnuola, l'italiana.

Rivolgersi al segretario generale, rue Massot 4, Ginevra.

Corso sul cancro.

Il giorno 15 luglio ebbe principio presso l'Università di Siena il corso di lezioni sul cancro, da noi già annunziato, per il quale ebbe l'incarico il prof. Barbacci.

Il rettore prof. Sclavo nell'inaugurare tale corso accennò alla grande importanza dell'argomento ed alla particolare competenza del prof. Barbacci.

Il corso ha la durata di un mese con una lezione ogni giorno.

Nelle ore antimeridiane il prof. Barbacci, coadiuvato dal prof. Lunghetti già suo discepolo ed ora professore di anatomia patologica nell'Università di Cagliari, intrattiene gli iscritti in un corso di tecnica per la diagnosi microscopica del cancro.

Assai numeroso è l'uditorio, che segue con grandissimo interesse le magistrali lezioni del chiarissimo prof. Barbacci.

La Clinica di S. Anna.

È un istituto ostetrico-ginecologico privato sorto a Roma, nel quartiere di Porta Pia (via Garigliano, presso piazza Quadrata); è grandioso, signorile, fornito di tutti i mezzi più moderni diagno-

stici, curativi e di assistenza; le degenti possono farvisi assistere da sanitari di loro fiducia. Non esisteva a Roma nessun istituto congenere.

La « Clinica di S. Anna » è stata annessa all'« Asilo Materno » per l'assistenza alle madri illegittime, sorto nel 1903 e che ora dispone di 15 posti per madri nutrici; dal 1917 al 1924 ha perduto un solo bambino ed ha ottenuto il 100 % di riconoscimenti e il 69 % di matrimoni. È diretto dal dott. Biraghi, coadiuvato dai dottori Simoneschi e Paolucci e dalla dott.ª Corvini. Siccome le risorse dell'asilo si dimostravano sempre più insufficienti, si è pensato di chiamare la maternità legittima in aiuto dell'altra, fondando la Clinica di S. Anna, a pagamento, il cui reddito andrà a vantaggio dell'« Asilo Materno » gratuito.

La Fondazione Ferrero di Cavallerleone

Con R. D. n. 460, su proposta del Ministro per la guerra, la Fondazione Ferrero di Cavallerleone pro ufficiali medici del R. esercito in servizio attivo permanente, costituita dall'offerta di L. 20,000 nominali, fatta da S. E. il tenente generale Ferrero di Cavallerleone gr. cr. nob. Luigi, viene eretta in Ente morale, e ne è approvato il relativo statuto.

Rimborso a favore dell'Amministrazione ospitaliera di Roma.

Con R. D. L. n. 345 è stata autorizzata l'assegnazione straordinaria di L. 338,000 per spese relative al mantenimento delle cliniche universitarie, pel periodo dal 1° gennaio 1915 al 31 dicembre 1919, all'Amministrazione ospitaliera di Roma, a saldo di ogni suo credito.

Per Camillo Golgi.

Il 9 luglio il sen. Camillo Golgi ha compiuto 82 anni. In tale occasione l'illustre scienziato ha ricevuto da più parti fervidi augurî accompagnati da attestazioni di stima e di simpatia. Il rettore dell'Università di Pavia, prof. Solmi, gli ha così telegrafato: « Nella ottantaduesima ricorrenza Suo compleanno questa Università tutta è in ispirito attorno a Lei, salutando lietamente illustre Maestro, propria vivente gloria, e augurando *ad multos annos* ».

Per il prof. Askanazy.

In occasione del 60° compleanno del prof. Max Askanazy, direttore dell'Istituto di anatomia patologica a Ginevra, gli amici e gli allievi hanno voluto consacrargli un numero speciale della « Revue Médicale de la Suisse Romande »; esso contiene 14 pregevoli memorie originali, concernenti l'anatomia patologica.

Il prof. Askanazy ha il merito di aver saputo conciliare e armonizzare due colture, la francese e la tedesca; egli ha compiuto opera di internazionalismo nel senso più alto, pur restando fedele alla sua patria, la Svizzera.

Onoranze al prof. Lucatello.

È stato festeggiato nell'aula di Clinica medica dell'Università di Padova il prof. Lucatello, rettore magnifico, in ricorrenza del 25° anniversario del suo insegnamento. Il prefetto di Ferrara ha letto telegrammi di adesione e di augurî del Ministro della P. I., del commissario straordinario del Comune e del sen. Maragliano. È stato, durante la cerimonia, offerto al prof. Lucatello un busto di bronzo.

La presidenza generale dell'Associazione Professori Universitari.

Per la seconda volta è stabilita a Milano. Ne fu in passato presidente il sen. Luigi Mangiagalli, durante un periodo di grande attività dell'Associazione; ne è ora presidente il prof. Carlo Foà, insegnante di fisiologia presso l'Università, e l'Ufficio di Presidenza è risultato così composto: vicepresidente il prof. Giuseppe Bruni del Politecnico, segretari i proff. La Lumia e Cazzaniga, economo-cassiere il prof. Giorgio Mortara.

La nuova sede dell'Associazione Medica Britannica.

Venne inaugurata con grande solennità il 13 luglio, presenti i sovrani, il ministro dell'igiene Neville Chamberlain e altre autorità. Nell'occasione furono commemorati i 574 membri dell'Associazione periti in guerra.

La cerimonia si svolse in una vasta corte, la Great Hall, sfarzosamente addobbata. Fu pronunziato un discorso anche dal re Giorgio.

Il nuovo edifizio ha sede al Tavistock-square; occupa un'area di 58,000 piedi quadrati, di cui 18,000 coperti da costruzioni.

Ordinanze igieniche.

Il R. Commissario del Comune di Roma con ordinanza in data 23 luglio, dettata dall'ufficiale sanitario prof. G. Pecori, disciplina l'igiene sui trams; tra l'altro dispone che « i dirigenti le aziende dei pubblici trasporti debbono richiamare il personale dipendente a reprimere l'incivile abitudine di sputare sulle vetture. I fattorini dovranno assolutamente astenersi dal servirsi della saliva per il distacco dei biglietti. Il passeggero avrà facoltà di rifiutare il biglietto così inumidito ». Benissimo!

Specialità sequestrata.

Con decreto 16 luglio 1925 del Ministero dell'Interno, è stata proibita la vendita al pubblico in tutto il Regno di una specialità medicinale preparata dalla farmacia A. Borzani di Milano (via Gaudenzio Ferrari 7), e messa in commercio sotto la denominazione « Erniol », rimedio per la riduzione completa delle ernie, sforzi, ecc.

Col medesimo decreto è stato ordinato, in base all'ultimo comma dell'art. 18 della legge su l'esercizio delle farmacie, il temporaneo sequestro di detta specialità, presso chiunque essa si trovi.

Il titolare della farmacia Borzani è stato denunciato all'Autorità Giudiziaria.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Mediz. Woch., 13 mar. — O. WIEDHOPF. Sulla simpatectomia. — W. LEHMANN. Esami della virulenza nelle infez. puerperali. — H. NAUJOKS. Pieliti *intra partum.*

Journ. d. Prat., 28 mar. — RAVINA. Le cianosi.

Journal Am. Med. Assoc., 7 mar. — S. BURT WOLBACH. Le Rickettsie. — R. H. MC-BRIDE. Trattam. dell'« encefalite » da arsenobenzoli con tiosolfato sodico. — W. W. DUKE. Allergia fisica.

Deutsche Med. Wochens., 13 mar. — M. v. FREY. Esiste una sensibilità profonda alla pressione? — GOLDSCHEIDER e H. HAHN. Sulla dermografia. — M. KOCKMANN. Il cadmio.

Wien. Klin. Wochens., 12 mar. — H. EPPINGER e F. KISCH. Dimagramento; sottraz. d'acqua.

Riforma Med., 16 feb. — A. ZAFFAGNINI. Sindrome occlusiva periodica da membrana di Jackson.

Bull. Méd., 11 e 14 mar. — R. BENON. I quattro tipi clinici di demenza.

Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst., 25 feb. — A. LAURENTIE e MOUSSALLI. L'insufflaz. delle trombe

Revue de la Tuberc., gen. — A. GIRAUD e L. DE REYNIER. Permeabilità delle vie aeree nel polm. compresso alla Forlanini. — A. JEANDIDIER. Alcuni aspetti dell'endemia tubercolare.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 25 mar. — Psicosi da tossi-infezione tubercolare. — D. BOLSI. Sclerosi del lobo anter. dell'ipofisi; cachessia ipofisaria.

Riforma Med., 9 mar. — C. GIANNI. Siero di sangue nel cancro e altre adenopatie in rapporto alla reaz. di Bothelo.

Giorn. d. Med. Prat., mar. — A. LUISADA. Iposfigmia e ipotensione.

Paris Méd., 28 mar. — M. VILLARET. La pressione venosa periferica in clinica corrente.

Journ. Amer. Med. Assoc., 14 mar. — J. B. DE LEE. Sez. cesarea bassa o cervicale (laparo-trachelotomia). — M. R. LEWIS. Trasformaz. delle cellule bianche in clasmatociti (macrofagi) ecc. — G. F. DICK e G. H. DICK. Sieroterapia della scarlattina. — O. B. NESBIT. Vaccinaz. contro la scarlattina.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero di oftalmologia.

Brit. Med. Journ., 28 mar. — F. IVENS. Profilassi della morbosità e della mortalità puerperali. — S. J. COWELL. Irradiaz. del latte e guarig. del rachitismo.

Riv. Sanit. Sicil., 1 feb. — P. LEONE. L'elioterapia nella tbc. chirurgica sperimentale.

Ann. Inst. Pasteur, mar. — E. MARCHOUX. Azione dello stovarsol nella terzana. — G. SANARELLI. Patogenesi del carbonchio detto « interno » o « spontaneo ».

Arch. Scienze Med., 31 mar. — A. SERRA. Trapianto libero di un muscolo intero. — N. ORLANDI. Splenomi.

Wiener Arch. inn. Mediz., 30 mar. — J. KRETZ. Alterazioni delle coronarie e loro significato clinico. — I. N. DIMITRIJEVIC. Lipasi chininoresistente nel siero di malarici. — F. DONATH e A. PERLSTEIN. Modificazioni del quadro leucocitario in agonia. — F. LASCH, W. NYIRI. Sull'esame funzionale dei reni. — O. ROTH. Ipertiroidismo iodico e aritmia perpetua.

Gazz. Med. Italo-Argent., 31 mar. — G. ARAOZ, R. A. VACCAREZZA e F. MARTINEZ. Spirochetosi polmonare di Castellani.

Arch. f. Sch.- u. Tr.-Hyg., 1 apr. — A. KESSLER. Sulla natura della febbre emoglobinurica.

Pediatria, 1 apr. — G. CARONIA. Vaccinoterapia dell'infez. scarlattinosa.

Spitalul, mar. — G. MARINESCU. Sull'encefal. letarg.

Presse Méd., 28 mar. — M. LABBÉ e H. STÉVENIN. Il metabolismo basale nell'alimentaz. insuffic.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 28 mar. — E. BUSSALAY. Elefantiasi cospicua dello scroto.

Revue Neurol., mar. — J. BABINSKI. L'interrogatorio in clinica e i sintomi subbiettivi. — E. FLATAU. Radioterapia dei tumori non operati del midollo.

Rev. Med. d. Uruguay, gen. — M. PAREJA-NEERHOFF. Sindrome di Froin.

Lancet, 4 apr. — R. ARMSTRONG-JONES. La suggestione nella vita sociale. — H. HENRY e al. La tossina dello *Streptococcus scarlatinae.*

Brit. Journ. of Children's Dis., gen.-mar. — J. J. POYNTON e L. B. COLE. Malattia celiaca con glicosuria. — D. PATERSON e W. G. WYLLIE. Ipertrofia delle ossa di un arto. — E. W. GOODALL. Orchite e dolore addominale complicanti la malattia da siero.

Morgagni, 22 mar. — G. VENTURELLI. La crioterapia in dermatologia.

Arch. di Patol. e Cl. Med., feb. — A. BOLAFFI. Milza e funzione emopoietica. — A. PERIN. Nuovo segno di aderenza pleurica: mutazione inspiratoria del suono di percussione.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mar. — E. NOVAK e L. DARNER. Correlazioni tra modificaz. dell'utero e delle tube nella gestaz. tubarica. — E. SPEIDEL e a. Trattam. dell'eclampsia.

Journal A. M. A., 21 mar. — E. HUMISTON e E. C. PIETTE. Colesteatoma del cieco. — H. L. KEIM e R. L. KAHN. La reaz. di Kahn nella sifilide.

Presse Méd., 1 apr. — E. DEMAREST. Artroplastica del ginocchio.

Edinb. Med. Journ., apr. — D. M. GREIG. Microcolon congenito.

Practitioner, apr. — E. CLARKE. L'occhio quale indice dell'età. — D. T. BARRY. La pressione venosa nelle lesioni aortiche.

Brazil-Med., 21 febbr. — P. BUENO. Fisiologia patologica della tiroide.

Bull. Méd., 1 e 4 apr. 1925. — P. AUBRIOT. L'orecchio del vecchio.

Brit. Med. Journ., 4 apr. — H. MOELIGAARD. La sanocrisina nella tubercolosi. — A. A. LENDON. La « febbre nodale » (erythema nodosum, e. multiforme).

Wien. Klin. Woch., 2 apr. — K. v. KNOW. Trattam. della colite mucosa e delle colonpatie con

autovaccini. — H. POINDECKER. La terapia sanocrisinica della tbc. in Danimarca.

Sperimentale, 1-11. — G. VERNONI. Formaz. in vitro di pigmenti neri emoglobinici. — A. LONGHITANO. Enterite apostematosa ematogena e linfogena. — G. TRON. «Corpi di Amato». — P. GUIZZETTI. Hypophisis cerebri dell'uomo. — S. ANDRIANI. Procedim. rapidissimo per rilevare i corpi di Negri. — L. GIUFFRÈ. Temperature post-mortali. — TORRIGIANI. Muco nasale normale.

Pathologica. — C. SARTONI. Influenza dell'avitaminosi sull'anafilassi.

Vers la Santé, apr. — LEREDDE. La sifilide ignorata dell'infanzia.

Rev. Méd. del Yucatán, feb. — A. MONTERO. La *Bixa orellana* nel trattamento della lebbra. — D. CUOUH V. Ittero emotivo.

Rev. Méd. Latino-Americana, feb. — C. DÓNOVAN. Radiodiagnosi delle affezioni della cistifellea mediante sali sodici della tetra-bromo-fenolftaleina. — J. S. USLENGHI. Radiodiagnosi delle caverne polmonari.

Mediz. Klinik, 3 apr. — O. HALIR. Anemia pernic. e linfogranulomatosi. — A. WALDER. Le emottisi nella tbc.

Deutsche Med. Woch., 3 apr. — L. MANN. Valore terapeut. dell'alta frequenza. — HENIM. Il grisolgan nella tbc. — H. R. SCHINZ e B. STOLOPOLSKY. Sull'operaz. di Steinach. — W. RICHTER. Autoemoterapia nell'eresipeloide.

Münch. Med. Woch., 3 apr., — W. GRAF. Trattam. dell'empiema pleurico acuto. — H. HIGIER. La malaria perniciosa o malaria cerebrale dei tropici meningo-encephalitis haemorrhagica comatosa):

Minerva Med., 10 apr. — P. GIRARDI e A. LUCCA. I tipi di colazioni di prova. — E. DEBENEDETTI. L'enterocolite dissenteriforme e la sua diffus. in Piemonte. — N. PARISE. Influenza degli zuccheri nell'agglutinaz.

L'Osped. Magg., 31 mar. — G. TENAGLIA. Emiparesi laringea da mediastinite. — B. BORGHI. Anatomia patolog. del peduncolo ipofisario.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 4 apr. — A. GUTIÉRREZ. Complicazioni consecutive alla gastro-enterostomia.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 29 mar. — F. ALESSIO. Esame del potere antitossico del fegato.

Ann. de Méd., mar. — L. BARD. L'enfisema polmon. diatesico. — R. DEBRÉ e M. LELONG. Eredità tubercolare e infez. paubacillare. — N. FIESSINGER e A. RAVINA. Le intossicaz. da mitili. — M. LABBÉ e a. Il metabolismo bas. nelle sindromi ipofisarie.

Journ. d. Prat., 4 apr. — H. CLAUDE. Sui disturbi mentali post-encefalitici. — A. CHAUFFARD. Tumore del mediastino anteriore.

Paris Méd., 4 apr. — Numero di gastro-enterologia.

Bull. Ac. Méd., 31 mar. — G. MARINESCO e S. DRAGANESCO. Trattam. della paralisi gener. con la malaria.

Scalpel, 4 apr. — R. WYBAUW. Trattam. delle aritmie cardiache.

Morgagni, apr. — G. CASCELLI. Il morbo di Gaucher.

Rev. españ. de Med. y Cir., apr. — B. GARCIA. Le cause che fanno fallire il trattam. dell'insuffic. cardiaca.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 17 Agosto 1925 — Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

CONFERENZE E RELAZIONI

La cura idrominerale della colelitiasi. (1)

Prof. GIUSEPPE SABATINI
1° aiuto della R. Clinica Medica di Roma.

Chi si accinge, come tocca oggi a me, a trattare della cura idrominerale della colelitiasi, ha innanzi ai propri occhi due sterminati campi confinanti: uno è quello della clinica della litiasi biliare, oggi in pieno sommovimento per intenso lavoro scientifico, con produzione di tanta messe di letteratura medica, quale basterebbe appena tutto lo sforzo di un uomo per abbracciare; l'altro è il campo della idrologia moderna, che, fecondata dalla fisico-chimica, mostra i frutti più promettenti, e richiederebbe tutta intiera l'attività di uno studioso. Guai a lasciarsi allettare dal piacere di sconfinare in questi due campi: si consumerebbe un tempo prezioso, e a noi qui non concesso!

Rimanere quindi vigilmente nel confine; anzi, nel mio caso speciale, per quanto è possibile, su quel piccolo tratto di tale confine, che è più direttamente di mia pertinenza e per l'illustrazione del quale io sono stato chiamato a questo Congresso; quello cioè che appartiene al dominio della stazione idrominerale italiana di Chianciano, che io appunto devo lumeggiare, al fine di completare, coi correlatori, la trattazione del tema generale messo all'ordine del giorno di questa riunione.

*
* *

Il materiale clinico e scientifico, che forma l'oggetto del presente studio, fu da me raccolto nei nove anni (la stagione termale che incomincia è la decima) durante i quali ho diretto la stazione idrominerale di Chianciano, ove fui chiamato la prima volta per designazione del mio maestro, Vittorio Ascoli, il quale mi è stato, anche a Chianciano, guida amorevole e segnacolo della Scuola.

Ma oltre che a Chianciano, anche fra i numerosi ammalati di fegato, selezionati ed ammessi per lo studio nella Clinica Medica di Roma, durante il corrispondente tempo, io ho avuto agio di studiare infermi di colelitiasi. Sicchè ho potuto farmi in materia un'esperienza forse non indifferente: di qualche migliaio di casi posseggo le regolari storie cliniche aggiornate e non pochi ho potuto seguirli per uno o due lustri.

Porto al giudizio e alla sanzione di questo Congresso i risultati di siffatto lungo e tenace lavoro

(1) Relazione al XVI Congresso Nazionale di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

clinico, sia pure limitandolo solamente ai suoi riflessi di terapia idrominerale. Esporrò i fatti, così come sono, non solo onde rimanere sulla base solidamente consistente della realtà, ciò che costituisce il marchio della Scuola clinica cui appartengo, ma perchè ritengo tale sistema più che mai necessario ad adottarsi trattando una materia ove più che l'inesperienza — donde originano i facili sarcasmi o lo scetticismo — sono ostacoli gravi allo sviluppo scientifico l'empirismo tradizionalistico negli usi e l'ostinato misticismo nelle interpretazioni.

*
* *

Non sarebbe inutile cominciare col cercare di stabilire *il numero di calcolosi biliari*, che oggi in Italia si sottopongono alla cura idrominerale.

È una conoscenza non solo dei medici, che maggiormente hanno occasione di occuparsi della partita, ma di tutti, il progressivo impressionante *aumento dei malati di fegato* (e fra questi comprendo anche quelli delle vie biliari), che va verificandosi in questi ultimi anni.

Delle malattie epatiche, quelle maggiormente accresciute in questi tempi sono la colelitiasi e le forme, che indicheremo sotto il nome generico di itteri, dal predominante sintomo dell'alterazione del fegato, senza compromissione con ciò dei molteplici fattori etiologici (itteri infettivi da germi accertati o no, itteri sintomatici di atrofia acuta o subacuta, itteri da cause assolutamente ignorate, ecc.).

Sulle *cause* di questo aumento, su cui mi soffermo soltanto perchè ci potrebbero guidare nella via della terapia, molto si è scritto e si discute: volta a volta si invocano le conseguenze dallo stato di guerra apportate nell'alimentazione dei popoli, gli effetti del *surmenage* e dei patemi prodotti dalla vita febbrile moderna, le alterazioni e le adulterazioni degli alimenti, specie per la loro conservazione, il numero maggiore dei contatti e delle infezioni fra le genti, l'estendersi della sifilide e delle cure arsenobenzoliche, e così via.

Sarebbe stato desiderabile l'accertamento sicuro dei fattori causali; ma per ora sta il fatto nella sua rude realtà statistica, e a noi non serve che a spiegare, in un certo senso, l'aumento progressivo anche dei frequentatori delle sorgenti termali ad azione curativa del fegato.

Per quanto riguarda la popolazione termale di Chianciano, i rendiconti statistici registrano un movimento progressivo ascensionale che ha portato, in nove anni, a quasi quintuplicare il numero delle presenze degli infermi in cura.

Questo incremento in linea generica è dovuto al fatto che questa stazione italiana ha finalmente ripreso il posto, che veramente le spettava, mediante la crescente razionale industrializzazione delle Terme, le migliorate condizioni di tutti i servizi e del soggiorno, l'aumento della capacità di accoglimento di infermi, la serietà clinica direttiva e la onestà scientifica dell'indirizzo terapeutico. Ma tutto ciò non basterebbe a completamente giustificare l'ascesa continua di questa stazione termale, tanto più tenendo conto della quasi nulla propaganda finora fatta per farla conoscere o almeno difenderla dall'attività antagonista delle stazioni similari, e calcolando, d'altra parte, il fatto che Chianciano, prima fra tutte le terme italiane, ha affermato, per volontà di Vittorio Ascoli e mia, la sua specializzazione terapeutica, in rapporto alla reale capacità curativa delle sue acque; onde avrebbe dovuto subire, almeno in questi primi anni, uno sfollamento, e quindi una diminuzione degli infermi in cura.

Sicchè l'accrescersi delle presenze degli infermi di calcolosi epatica, considerato in rapporto a questa stazione termale, presa come tipo, oltre che l'effetto di cause speciali intrinseche, va considerato come l'esponente di un generico aumento di ammalati di colelitiasi.

La quale constatazione rappresenta *un dato* di interesse clinico *generale*, degno della maggiore attenzione.

Ma *un altro* fattore indiretto interviene a portare l'aumento dei colelitiasici in cura nelle stazioni termali italiane (e sia detto ancora una volta che io intendo sempre riferirne, nell'analisi degli argomenti, pressochè solo a Chianciano, poichè non ho dati per occuparmi di altre stazioni): la *migliore conoscenza*, che oggi i medici hanno delle colelitiasi e quindi la maggiore facilità con cui la diagnosticano e la curano.

Contro le sprezzanti constatazioni dei *laudatores temporis acti*, io affermo che il livello culturale dei medici italiani si eleva ogni anno di più; che moltissime nozioni, le quali erano riservate ai più colti e studiosi oggi sono di dominio generale; che i mezzi moderni d'indagine divengono quotidianamente di uso più esteso. Gli ammalati d'altronde con la diffusione maggiore della scienza, di cui uno degli aspetti è la volgarizzazione (a volte nociva, ma a volte anche utile) della medicina, mettono sovente essi stessi i medici sull'avviso. Con lo spirito indagatore e introspettivo, che è proprio dei malati delle vie digerenti, questo tipo d'infermi fornisce dati, i quali, per i medici che siano un po' al corrente delle moderne conoscenze sulla patologia e sulla clinica della colelitiasi, rappresentano altrettanti imperativi categorici d'indagine e successivamente di diagnosi.

Così, per esempio, oggi i medici sanno benissimo che *la gastralgia* non è quasi mai la neurosi, cui tanto spesso e comodamente si ricorreva una volta, ma è pressochè sempre *sintomo* di una lesione organica dello stomaco o del duodeno o riflesso di una colelitiasi latente; e il malato, che ha visto il suo conoscente soffrire per tanti anni di « dolori allo stomaco » e non avere beneficio dalle cure dirette verso questo organo, finchè un gruppo di coliche epatiche classiche, con febbre ed ittero, non ha aperto dolorosamente gli occhi al curante ed al paziente: oggi dicevo questo infermo comincia col presentarsi al medico esprimendogli il dubbio di essere « malato di fegato » e già lo mette sull'avviso: l'errore diagnostico più comune fra gastralgia vera e sintomatica, è per lo meno così evitato.

E potrei continuare. Ma preferisco concludere che la colelitiasi si diagnostica oggi assai meglio e più esattamente di una volta, sicchè calcolosi atipici o frusti, che in fondo costituiscono l'enorme maggioranza, vengono riconosciuti ed individualizzati in una percentuale incredibilmente maggiore. All'aumento assoluto della forma morbosa si aggiunge questo aumento relativo, e la schiera dei malati di colelitiasi, *il materiale di cura* per le stazioni termali, aumenta per logica conseguenza.

Ed aumenta logicamente anche perchè i medici oggi, allontanato l'antico empirismo corrotto e nebuloso, cominiciano a rendersi conto del *fondamento scientifico delle cure termali* per la terapia della calcolosi epatica, e se ne servono per i loro ormai numerosi infermi.

Questo è il *terzo punto generico*, cui credo di dover accennare.

La storia dell'uso delle acque salutari comincia con la storia degli uomini: la terapia idrominerale, ha seguìto tutte le vicende delle civiltà, delle dottrine, delle scuole, dei costumi, con splendori e decadenze, con glorie ed infamie.

Ma i periodi di sfortuna sono stati sempre in predominio. L'idrologia si è in ogni tempo prestata alle incursioni dei pirati della medicina, ha sempre agevolmente ospitate le losche roccheforti dei ciarlatani e dei disonesti, ha per i secoli rappresentato l'immane Beresina ove affondavano miseramente i deboli o gli ingannati.

Vi sono stati periodi di feroce discredito per le acque minerali: se il tempo me lo concedesse, io vorrei riferire alcuni passi del delizioso libretto di De Lamzweerde, che nel 1684 fu stampato a Colonia Agrippina « *sumptibus auctoris* », intitolato: *Monita salutaria de magno thermarum et acidularum abusu.*

Questo autore ci rivela « di che lacrime grondi e di che sangue » la terapia termale del suo tempo.

E questi bagliori di truffa e di ciarlatanesimo hanno sinistramente illuminato le terme di tutti i paesi, fino a qualche tempo addietro.

Ed io vorrei poter dire che essi siano per sempre ed ovunque spenti!

Il medico acquaiolo, *le médecin des villes d'eaux* in senso dispregiativo sono nostri non lontani — fortunatamente solo nel tempo — antenati. Quanto ancora dobbiamo fare per affrancarci dalla loro ingrata eredità!

Quanto dobbiamo ancora imparare a tacere e a sfuggire i luoghi comuni, i dilettantismi, la retorica, le iperboli!

Fino a qualche anno fa questo discredito gravava come una maledizione sulle fonti termali anche italiane, se pur meno che altrove.

V'erano medici che usavano le cure idrominerali, sopratutto di quelle fonti (è proprio vero che « les bons médecins font les bonnes eaux ») che l'autorità di seri maestri avallava, con il nome e l'indiscussa onestà. Ma accanto a ciò anche nei medici colti, quanto scetticismo, quanta ironia, quanta diffidenza! E la dose rincarava allorchè si trattava della cura idrominerale della colelitiasi, perchè questa malattia, più di tutte, è facile preda delle speculazioni terapeutiche d'ogni genere per parte di empirici.

Ricordate come il Kehr li ha bollati a sangue?

Come creare allora, nei medici sopratutto, la convinzione che le acque minerali sono rimedi veri e propri, sono preziose ricette, che la natura confeziona negli inesplorati laboratori delle sue profondità, con gli stessi ingredienti, che il farmacista possiede nei suoi scaffali, ma con un segreto processo, ancora non rivelato agli uomini? Così come ci offre i possenti complessi alcaloidi vegetali, di cui conosciamo tutte le pietre di fabbrica, ma ignoriamo il modo di cementarle insieme.

Riscattarsi dal disprezzo, riguadagnare la fiducia era condizione indispensabile, anche in Italia, perchè nascesse la possibilità delle cure idrominerali in genere, e fra queste delle colelitiasi.

Le armi del riscatto vennero fornite dalla clinica positiva moderna e dalla scienza pura.

La luce della cultura moderna rese dapprima difficile la permanenza, e poi snidò definitivamente empirici e ciarlatani spadroneggianti nei manieri delle stazioni termali; la clinica positiva discriminò, classificò, precisò i morbi, confusi in terribile comunanza sotto i nomi di idropi, flegmasie, umori corrotti e simili e riconobbe quelli che dovevano e potevano essere curati idrologicamente; la scienza chimica determinò la composizione delle acque e dette loro pieno diritto di cittadinanza nei vari distretti della farmacologia; e la fisicochimica è venuta a cercare di spiegarne i misteri

dell'azione col rigore del logaritmo e la freddezza dell'esperimento.

Di fronte a quest'attacco i pregiudizi e le diffidenze, che non fossero doppiati di ignoranza, dovevano cadere, e caddero. E in tutti i paesi nacque l'idrologia moderna, che ha trovato posto fra le scienze, che si è vista aprire la porta delle cliniche e dei laboratori, che si svolge sotto il controllo dell'esperienza metodica.

E così oggi si può parlare, con perfetto rigore scientifico moderno, di una cura *idrominerale* della colelitiasi, in quanto detta malattia, bene separata dagli altri stati morbosi, esattamente individualizzata nelle sue varietà ed evoluzioni cliniche, trova nel meccanismo d'azione di determinate acque minerali, qual'è abbastanza bene determinato dalla chimica e dalla fisico-chimica, l'appropriato *compenso* di una parte almeno dei suoi fattori etiologici e patogenetici.

Ed ove la spiegazione dei fatti constatati ancora manca, o la premessa non corrisponde all'effetto, rimane sempre l'osservazione clinica, che è la raccolta dei fatti nella loro realtà.

L'aver posta la terapia idrominerale su queste basi, è stato il decisivo fattore, che creando la corrispondente coscienza medica, ha permesso le serie applicazioni delle cure termali, e quindi l'affermazione di quelle stazioni termali, di cui questo Congresso si occupa.

*
* *

Passando ora alla *seconda parte di questo rapporto*, cioè alla esposizione dei dati della personale esperienza, io non posso riferirmi che a quello, che ho osservato a Chianciano: però vorrei che, in omaggio a questa chiara necessità mi si risparmiasse il frizzo di Vogler: « Jeder Brunnenarzt leidet an einer dissimulierten oder nicht dissimulierten Monomanie bezüglich seiner Quellen ».

La stazione termale di Chianciano si trova a circa 500 metri sul livello del mare. Ha clima secco, particolarmente fresco anche nell'estate (4-6 gradi meno delle corrispondenti temperature di Roma) e ciò per effetto di una speciale disposizione naturale e di una permanente lieve ventilazione, provocata verosimilmente dalle variazioni termiche della grande superficie speculare del vicino Lago Trasimeno, le quali provocano richiamo di correnti fresche dal Nord. Quindi, climaticamente, è stazione di collina, con clima fresco e secco.

Le acque usate a Chianciano per la speciale terapia della litiasi biliare sono: per uso interno l'*Acqua Santa;* per uso esterno (bagni) l'*Acqua di Sillene*. La cura della colelitiasi è fatta mediante la somministrazione dell'Acqua Santa e l'uso dei bagni carbonici saturi caldi (38° C.) di Sillene. Accennerò soltanto alle caratteristiche di individualizzazione dell'Acqua Santa.

Dalle analisi chimica e fisico-chimica risulta che l'Acqua Santa, che è la sorgente alla quale la stazione termale deve principalmente la sua azione curativa, è un'acqua alcalina, con forte abbondanza di cationi calcio e magnesio e (secondariamente) sodio, e di anioni solforico e carbonico. Rientra quindi nel gruppo delle acque alcaline bicarbonato-solfato-calciche, discretamente ricche di magnesio e ferro.

Ci serviremo di questi dati per cercare poi una interpretazione del suo meccanismo d'azione alla luce delle moderne vedute. Non mi dilungo in altre notizie; accenno soltanto alla captazione moderna della sorgente, opera del Gasperini, e allo studio delle speciali Oscillarie e Beggiatoe (di cui alcune *n. sp.*), che possono svilupparsi in questi tipi di acque.

L'acqua per bagni della Sorgente di Sillene sgorga da un cratere spento, abbondantissima, ricca di acido carbonico, con tenue odore solforoso. Sull'azione terapeutica e complementare dei bagni carbonici non credo sia il caso di diffondersi qui, in presenza di competenti. In genere prescrivo i bagni specialmente a coloro che si trovano vicini a periodi acuti della malattia. La temperatura d'immersione varia fra 35° e 38° C., la durata da 10 a 30 minuti. I criteri di guida nelle prescrizioni sono quelli ben noti; età del paziente, suscettibilità individuale, abitudine ai bagni caldi, condizioni generali e condizioni del sistema circolatorio, ecc.

A questo proposito ricordo la speciale azione dei bagni termali di acido carbonico in rapporto alle malattie del cuore e dei vasi, e quindi la loro sopportabilità non solo, ma la loro utilità anche ove esistano determinate turbe cardiovascolari.

Per quanto riguarda invece l'Acqua Santa soglio somministrarla a digiuno, a dosi quotidiane variabili. A volta la cura viene fatta ciclicamente, alternando dosi grandi e piccole: spesso occorre, verso la fine della cura, ridiscendere a valori bassi.

La durata della cura è tradizionalmente di 15 giorni. L'esperienza però dimostra continuamente che questo periodo è troppo breve: senza giungere ai massimi di 4-6 settimane richiesti a Karlsbad, ritengo che la cura normale dovrebbe essere di 21 giorni.

L'effetto dell'*Acqua Santa* (si noti che parlo di effetto in senso generico, cioè positivo o negativo) si comincia ad avvertire solo al 5°-7° giorno.

Particolarmente inefficaci mi sono dimostrati i periodi di cura frazionati (per es. due periodi

distanziati fra loro, di 8-10 giorni ciascuno). Si ha l'impressione come se l'organismo avesse bisogno di un certo numero di giorni per saturarsi, e quindi di un congruo periodo di cura. La interruzione della cura all'8°-10° giorno tronca l'azione, quando essa incominciava a esplicarsi; così i periodi non sommandosi restano, singolarmente, quasi inefficaci, e la cura perde d'utilità.

Sintomi d'intolleranza assoluta non ho mai costatati; sovente quando l'organismo si *satura* (sit venia verbo) gli infermi lamentano stanchezza e cefalea: non di rado insonnia.

L'appetito non si altera, anzi un'eventuale anoressia generalmente scompare.

Come tutte le acque calciche, la Santa può dare stipsi. In molti soggetti però regolarizza le funzioni intestinali.

La sopportabilità gastrica e intestinale è rigorosamente in rapporto colla quantità somministrata. Sotto questo punto di vista l'Acqua Santa è una delle più *difficili a maneggiarsi*, e solo una lunga esperienza clinica speciale può essere a ciò di guida.

A volte noi stessi rimaniamo dubbiosi sulla via da seguire. Per ciò i colleghi non raccomanderanno mai abbastanza ai loro pazienti (noi sappiamo con quanta leggerezza si facciano ancora le cure termali!) *di non assumere dosi d'acqua se non esattamente e competentemente prescritte.*

Nella somministrazione tengo conto della resistenza organica dell'ammalato, della sua corporatura, delle condizioni dello stomaco (ectasia, tendenza all'acidità, ecc.), dello stato del fegato (vicinanza di attacchi di colica, ecc.) e regolo le dosi e il ritmo di progressione in modo correlativo. Talvolta mi accade di osservare che soli *50 gr. in più o in meno* rappresentano, per determinati soggetti, la tollerabilità della cura.

L'Acqua Santa va presa appena sgorga dalla sorgente; dopo qualche minuto per effetto del raffreddamento, della luce, dell'aria, del contatto col vetro si depositano dei sali, specie di calcio, sotto forma polverulenta, che non si ridisciolgono.

Dopo queste necessarie note illustrative e tecniche, sintetizzerò *i dati delle osservazioni sugli infermi* e di quanto la clinica e l'esperimento mi hanno insegnato esser vero, raggiungibile e degno di venir partecipato alla collaborazione dei colleghi.

I. Accenno anzitutto alla *fisionomia della massa di infermi di colelitiasi*, che costituiscono la popolazione curantesi a Chianciano. In tal senso il primo dato importante è quello *numerico*, cioè delle presenze degli infermi di colelitiasi che ad ogni stagione si curano nella stazione termale. Già ho accennato alla cosa in linea generica. È ovvio che una cifra precisa non può esser data, perchè non esiste nessun mezzo per poter distinguere quanti sono gli infermi di una determinata malattia, che vengono ammessi alle cure, a meno di far subire a tutti, senza eccezione, la visita obbligatoria di ammissione alle cure, con registrazione delle relative diagnosi cliniche, messe poi a disposizione di un unico ufficio statistico.

La visita obbligatoria non esiste a Chianciano: non entro in discussione se ciò sia ora dannosa o riprovevole mancanza; col mio Maestro abbiamo durante molti anni vagliato l'opportunità o meno d'imporla, ma fino ad oggi, per ragioni molteplici, di indole pratica e forse ancora più di indole sentimentale, non abbiamo creduto adottarla. Però data la specializzazione della stazione termale, e risultando che i colelitiasici rappresentano l'enorme percentuale di 85-90 % della totalità dei curanti, sarebbe possibile per noi, dalla cifra delle presenze, dedurre la massa di infermi di colelitiasi, che affluisce annualmente a Chianciano.

Circa la *provenienza* di questi infermi, risulta che essi oggi vengono inviati da ogni regione d'Italia e molti anche dall'estero, specie dall'Oriente: fino a un decennio fa invece la popolazione termale di Chianciano era rappresentata pressochè esclusivamente da clientela locale; limitata al massimo a Firenze verso il nord e a Roma verso il Sud.

Ciò conferma l'allargarsi, fra i medici, delle conoscenze delle cure minerali per la colelitiasi, e il crescente favore per le medesime. Ed è un dato di notevole interesse per la valutazione pratica dell'argomento, che oggi discutiamo in questo Congresso.

Non v'è apprezzabile differenza considerata beninteso in linea relativamente percentuale, fra provenienze *da grandi centri, da piccoli centri* o da *campagne.*

Quanto al *sesso*, dai miei rilievi risulta confermata la già nota preponderanza delle donne, che stanno agli uomini come 2:1 e anche 3:1.

Sull'*età* ho qualche particolarità da accennare. La maggior parte degli infermi di colelitiasi, che ho osservato a Chianciano, si trovano tra il 30° e il 50° anno di vita. Oltre il quinto decennio la percentuale cade rapidamente, anche considerandola in rapporto alla diminuita cifra assoluta di sopravviventi oltre il 50° anno.

Infermi al di là del 65° anno sono scarsissimi: non saprei dire se in questa riduzione del numero entri, e per quanto, il fatto che soggetti così avanzati in età difficilmente si trasportino a stazioni termali. Invece, specialmente negli ultimi 4-5 anni, ho avuto occasione di notare la

presenza di un numero sempre crescente di soggetti giovani, i quali avevano avuto, con o senza ittero, delle crisi dolorose, da classificarsi, con notevole sicurezza, come *coliche* epatiche.

Si può magari mettere in sospeso la diagnosi di « calcolosi » per un certo numero di questi giovani soggetti (si noti che essi appartengono almeno con eguale, se non addirittura con maggior frequenza, al sesso maschile) qualora non si voglia sottoscrivere all'affermazione che *ogni* colecistite è litiasica: ma è indubbio che per molti di essi la *sintomatologia dolorosa*, sovente preceduta da periodi gastralgici e accompagnata, nella crisi, con febbre ed ittero, rende cavilloso ogni ulteriore dubbio diagnostico nel senso della calcolosi.

Per ora segnalo il fatto di questi casi clinici; mi riservo di ulteriormente studiarli man mano che mi si ripresenteranno i soggetti.

Al disotto del decimo anno ho visto pochissimi infermi sottoposti a cura idrominerale: forse a ciò contribuisce oltre l'eccezionalità della malattia, l'eccezionalità dell'esatta diagnosi.

Per la *condizione sociale* posso affermare, con Kehr, che la colelitiasi non è affatto una malattia delle classi ricche: i lavoratori dei ceti medi, i contadini, i poveri, pagano a questo male un tributo assolutamente identico a quello dei ceti più abbienti.

Questo dato di fatto non è privo d'interesse nello studio del nostro argomento.

Una stazione termale per calcolosi *non deve essere una sede, di cui si aprono le porte solo a chi ha larghe disponibilità economiche.* Pur rispettando le esigenze dell'industria termale, pur calcolando tutti i fattori, che inevitabilmente rendono costose queste cure fatte fuori domicilio, incombe l'obbligo allo Stato, agli Enti locali, ai gruppi finanziari, agli organismi destinati alle cure degli infermi poveri (ospedali, congregazioni di carità, istituti di beneficenza) di coordinare le loro azioni per far sì che questi mezzi curativi, che la natura offre a tutti, non si debbano ingiustamente ricomprare a base di denaro sonante.

Queste parole di equa giustizia umana devono essere, prima di tutti, profferite dai medici, in virtù del loro mandato sociale e morale e per obbligo del loro dovere professionale, al di sopra di ogni lucro.

Le *professioni* non dànno alcun particolare contributo alla colelitiasi, secondo le mie osservazioni a Chianciano: posso solo dire che fra tutti i professionisti forse i medici sono quelli, che relativamente in maggior numero sono ogni anno curati alle Terme. Lascio ai colleghi d'indagare le cause di quest'altro doloroso tributo, che la nostra classe paga alla vita.

II. L'esatta diagnosi è indispensabile per una cura esatta e questa a sua volta per un risultato buono. Tale ferrea catena non ammette interruzioni. Ebbene, per una malattia così proteiforme, subdola, ingannatrice, simulatrice quale è la colelitiasi, *la diagnosi esatta e tempestiva* non è uno dei compiti più facili del medico.

Non temano i colleghi che io mi lasci sedurre, per l'amore che ho per questa parte della clinica, ad addentrarmi in discussioni inopportune. Affermo soltanto e ripeto: diagnosi esatta e tempestiva; giusta individualizzazione del tipo clinico della malattia in rapporto al soggetto ammalato; valutazione critica dei disturbi dominanti o concomitanti: ecco *le basi* su cui deve opportunamente modellarsi la terapia idrominerale.

La colelitiasi ha tutta una serie di gradi per quanto riguarda la gravità della lesione, l'imponenza dei disturbi, la durata dei sintomi, la remissività o la tenacità del decorso.

È antiscientifico pretendere un tipo unico di cura, onde anche la terapia idrominerale deve essere rigorosamente *adattata ai singoli soggetti.*

Io ho curato *casi lievissimi,* nei quali tutto si riduceva ad un'unica crisi, isolata, di colica epatica e *casi gravissimi,* con o senza occlusione del coledoco, con o senza infezione delle vie biliari, con o senza remissione degli spasmi dolorosi.

Non mi sono illuso mai di poter avere, in ogni caso, i medesimi risultati: a volte la terapia idrominerale è stata fatta a mano sospesa, con la coscienza e la dichiarazione onesta di accedere ad un tentativo, limitato sempre nella forma e nel tempo; altre volte la cura termale è servita coscientemente a preparare l'infermo al successivo intervento.

Le *forme cliniche* però di gran lunga predominanti a Chianciano sono quelle di colelitiasi croniche, nelle quali ampi periodi (di mesi o di anni) di latenza vengono interrotti da sopportabili crisi dolorose, variabili per intensità, concomitanza di febbre, lieve ittero, ravvicinamento episodico di dolori. Negli intervalli di benessere, a volte completo, i soggetti non dimostrano e non hanno alcuna coscienza di essere dei colelitiasici e non s'impongono in genere alcuna limitazione di attività e di tenore di vita.

Questo è il tipo medio predominante di infermi in cura idrominerale: esso in genere ottiene con la cura termale annuale un periodo di latenza sufficiente per potere dapprima legare un periodo stagionale con l'altro e successivamente, dopo 5-6 stagioni, permettersi il lusso di saltarne qualcuno; salvo essere riportato alle acque medicinali abbandonate, da nuove e ben note avvisaglie del risveglio del male latente.

(*Continua*).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVICO S. SAVERIO - PALERMO
SEZIONE CHIRURGICA diretta dal prof. E. ARCOLEO.

L'iniezione intracardiaca di adrenalina per sincope operatoria.

Contributo clinico - Osservazioni anatomiche

per il dott. FRANCESCO SPECIALE, assistente.

S... Santi, di anni 42, da Castelbuono, contadino, entra all'ospedale il 19 gennaio 1925 per ernia inguinale. Espletati gli esami e le ricerche di laboratorio si passa all'intervento il 22 stesso mese. Anestesia cloroformica. Durante l'intervento l'infermo fu colto da sincope: viso di pallore cadaverico, scomparsa del polso radiale e carotideo, mancanza di battiti cardiaci, arresto di respiro. Subito viene praticata la respirazione artificiale e contemporaneamente si inietta caffeina e canfora. Persistendo l'assenza del polso e non essendovi alcuno accenno al ritorno del respiro e dei battiti cardiaci, si aspirano 2 mmgr. di adrenalina con una siringa da rachianestesia e subito si pratica l'iniezione intracardiaca.

Appena iniettato il liquido, la cannula che non aveva fatto percepire nè prima nè durante l'iniezione alcun movimento, fa vedere delle oscillazioni. Si ritira subito l'ago e si continua la respirazione artificiale. Il polso radiale, malgrado che le condizioni generali del paziente non si modificassero di molto, torna presto a farsi sentire, dapprima debolmente, in seguito validamente, mentre la respirazione spontanea si ristabiliva gradatamente.

Dopo un quarto d'ora dall'iniezione intracardiaca, il paziente è in condizioni assai migliorate e risponde a qualche domanda.

Il decorso post-operatorio è stato normale.

La rianimazione del cuore mediante le iniezioni intracardiache di adrenalina nelle sincope operatorie, per la sua semplicità e per il suo successo, merita in chirurgia una speciale considerazione.

L'arresto primitivo del cuore, la sincope bianca dei classici, è un accidente che non si può nè prevedere nè evitare, quindi ci deve trovare sempre pronti per agire subito direttamente sul cuore. Questo metodo che prima era esclusivamente usato nei laboratori, passò all'applicazione clinica ed ha avuto una vera diffusione dopo il successo che Zuntz, a quanto pare per il primo, ottenne in un caso di sincope per anestesia con Schleich.

Petit-Dutaillis ha raccolto nella letteratura 25 casi di applicazione di iniezioni intracardiache di adrenalina praticate per sincope operatoria.

Secondo Lenormant et Richard i casi di iniezione intracardiaca nell'uomo per sincope operatoria sarebbero 31, di cui solamente 17 con sopravvivenza definitiva, una proporzione quindi del 55 % di successo.

Gli autori ne riportano due casi personali seguiti uno da rianimazione definitiva del cuore, l'altro temporanea. Essi dicono che il successo dipende dalla precocità dell'iniezione, restando perfettamente inutile in quei casi in cui sono già passati 15-20 minuti dall'arresto del cuore. Insistono quindi, data la semplicità del metodo, la sua efficacia ed il nessun danno nello stesso tempo, nell'affermare che l'iniezione intracardiaca dovrà essere praticata, senza esitazione alcuna, al principio della sincope.

Quanto alla sede dell'iniezione il sito prediletto sarebbe al 4° spazio intercostale sinistro, al margine sternale, evitando così di ferire i vasi mammari, la pleura ed il polmone e l'iniezione in questo modo viene a cadere nel ventricolo destro.

I fatti hanno dimostrato che il risultato è lo stesso, sia che si inietti nell'una o nell'altra cavità cardiaca o anche nello spessore del miocardio. Riguardo alla dose gli autori credono che sia inutile se non dannosa, usare delle dosi elevate; ordinariamente bastano da uno a due mmgr. di adrenalina.

Toupet ha trattato con l'iniezione intracardiaca di adrenalina 5 casi di sincope operatoria con tre successi completi. Dice che bisogna in tali casi praticare subito la respirazione artificiale essendo tutti i fisiologi di accordo nell'ammettere che l'uomo muore per asfissia dei suoi centri nervosi; e nello stesso tempo, dopo uno, due minuti, se il cuore non batte più, praticare la puntura intracardiaca, riprendendo subito la respirazione artificiale. Insiste nel doversi ripetere l'iniezione se il cuore s'indebolisce nuovamente ed il respiro cessa. Praticò anche la necroscopia di un ammalato che aveva sottoposto per ben sei volte alla puntura intracardiaca, senza trovare nessuna traccia delle punture. Quanto alla lesione del fascio di His crede di non doverla prendere in considerazione, specie quando la morte del paziente è imminente.

Bastianelli nel febbraio 1924 comunicava alla R. Acc. di Scienze Mediche di Roma, un caso personale di sincope operatoria in seguito a rachianestesia, seguìto da completo successo di rianimazione del cuore mediante iniezione di adrenalina.

Masotti riferisce pure un caso personale di sincope in seguito a rachianestesia, seguìto pure da successo mediante la rianimazione; ed osserva come il pericolo sia dovuto esclusivamente ad errore di tecnica.

Cervini praticò una iniezione di adrenalina intracardiaca, in un caso di schock da pneumotorace artificiale con esito positivo. Nota come i migliori effetti si abbiano nei casi schock da operazioni sul peritoneo, pleura, sincope da cloroformio, ecc. Riguardo al meccanismo di azione dell'iniezione intracardiaca l'A. pensa che esso sarebbe di natura specifica ed in parte di natura meccanica. L'adrenalina agirebbe stimolando direttamente il cuore ed eccitando le fibre nervose e le placche terminali del simpatico sparse nel pericardio, miocardio ed endocardio. Ne seguirebbe una energica contrazione di tutto il muscolo, dilatazione delle coronarie e conseguente migliore irrorazione delle pareti cardiache; avverrebbe poi una contrazione generale del sistema vascolare periferico con elevazione della pressione.

Baglioni a proposito del caso comunicato dal prof. Bastianelli a Roma, vorrebbe attribuire i benefici effetti dell'adrenalina, non ad una semplice azione sui centri autonomi cardiaci, ma sui centri bulbari del cuore e del respiro. In questa ipotesi la puntura diretta del cuore avrebbe l'effetto di stimolare qualche debole contrazione che basta per spingere l'adrenalina fino ai centri nervosi.

Nel nostro caso l'ago fu infisso secondo quanto raccomandano gli autori in corrispondenza del 4° spazio intercostale, strisciando sul margine superiore della 5ª costola. Di solito si consiglia di praticare l'iniezione a questo livello ma in corrispondenza del margine sternale.

Bastianelli l'ha praticata a questo livello, ma a 3 cm. dal margine sternale. Ciò si consiglia perchè dovendo l'iniezione essere fatta secondo gli autori possibilmente nella cavità del ventricolo destro, riesce più facile cadere in questo infiggendo l'ago al margine sternale obliquamente verso destra.

Io ho praticato invece l'iniezione infiggendo l'ago a circa 2 cm. dal margine dello sterno e perpendicolarmente per cadere nella cavità del ventricolo sinistro.

Infatti è noto dall'anatomia che il ventricolo sinistro comincia in alto dietro lo sterno a livello del 3° spazio intercartilagineo e termina dietro la 5ª cartilagine costale a metà circa della lunghezza di essa. E siccome la cartilagine costale della 5ª costola, ha una lunghezza di circa 8 cm., detto margine del ventricolo sinistro cade a quasi 4-5 cm. dal margine dello sterno.

Considerando quindi la proiezione della parete anteriore del cuore sul torace ne viene di conseguenza che il limite esterno tra ventricolo destro e ventricolo sinistro, viene a corrispondere a circa un cm. dalla marginale dello sterno.

Premesse queste considerazioni anatomiche si spiega benissimo perchè gli autori infiggendo l'ago sulla marginale dello sterno consiglino di deviarne la punta verso la linea mediana, onde cadere nella cavità del ventricolo destro.

Se invece, come nel mio caso, si infigge l'ago perpendicolarmente a circa 2 cm. dal margine dello sterno, sfiorando il bordo superiore della 5ª costola, si penetrerà nel ventricolo sinistro.

Dato che la lesione prodotta da un ago nel ventricolo sinistro per la speciale struttura della parete di esso, è molto meno pericolosa di quello che sia la puntura del ventricolo destro, e questa a sua volta è meno pericolosa di quella dell'orecchietta, è ovvio che bisogna cercare, onde attenuare le possibili conseguenze, di penetrare a preferenza nel ventricolo sinistro.

Oltre queste considerazioni di ordine anatomo-fisiologico, ve ne è una che spinge a preferire questa località. E cioè: quando noi iniettiamo il liquido eccitatore (adrenalina, caffeina, ecc.) nel ventricolo sinistro, alla più piccola o debole contrazione di esso, la sostanza attraverso la carotide interna arriverà direttamente ai centri nervosi, mentre se s'inietta nel ventricolo destro, essa prima di arrivare ai centri, deve passare attraverso il piccolo circolo. In questo modo si viene ad utilizzare anche la minima contrazione cardiaca che può essere data pure dal semplice fatto della puntura (stimolo meccanico).

Questo metodo è tanto più prezioso, se si pensa alla interpretazione data dal Baglioni del meccanismo con cui agisce l'iniezione intracardiaca di adrenalina, poichè detto A. ammette che l'azione del farmaco si esplichi più sui centri nervosi bulbari del cuore e del respiro, anzichè sul miocardio stesso.

Queste considerazioni di ordine anatomo-fisiologico, mi hanno spinto a controllare sul cadavere dove va a cadere la punta dell'ago, infiggendola al 4° spazio intercostale sinistro, a circa 2 cm. dal margine sternale, rasente il bordo della 5ª costola.

Per quanto dette esperienze non si possano riportare con ogni sicurezza sul vivente, date le profonde modificazioni che noi troviamo sulla statica e topografia del cuore e dei visceri in genere del cadavere, tuttavia il controllo anatomico è sempre prezioso.

E nei casi di sincope il chirurgo si trova in presenza per l'appunto di un individuo che per lo meno è apparentemente morto e quindi si viene a trovare in condizioni molto simili a quelle che noi troviamo nel cadavere delle sale anatomiche.

Ciò specialmente riguardo al cuore che nel vivente, per le sue contrazioni modifica continuamente i suoi limiti ed invece nei casi in cui c'è bisogno dell'iniezione intracardiaca è immobile o presenta debolissime contrazioni non percepibili al tatto o all'orecchio.

Le mie esperienze sono state fatte su 10 cadaveri, numero sufficiente per un controllo. Costantemente la punta dell'ago penetra nel ventricolo sinistro. Solo vi è da osservare che in alcuni casi (2) essa è caduta a circa mezzo centimetro all'esterno dal limite del ventricolo destro e sinistro, ma ciò non ha nessuna importanza perchè si sa che il setto interventricolare sporge nella cavità del ventricolo destro e quindi anche in questi casi l'ago penetra in piena cavità del ventricolo sinistro.

Debbo aggiungere che ho fatto detta prova anche in un cadavere di una ragazza di 13 anni, a sviluppo corporeo ritardato e cuore piccolo, ed anche in questo caso l'ago è caduto nella cavità del ventricolo sinistro, sebbene in prossimità della punta.

Non vi è dubbio che il nostro paziente è stato salvato da sicura morte dall'iniezione intracardiaca di adrenalina, che ha avuto pieno successo, determinando una rianimazione definitiva del cuore. Va notato come nessun disturbo si ebbe a lamentare in questo ammalato: qualche autore invece ha osservato disturbi nervosi consecutivi, caratterizzati da confusione mentale, agitazione, convulsione.

Evidentemente, data la semplicità del metodo, la rapidità dell'esecuzione ed il quasi sicuro successo, è un mezzo terapeutico di grandissima importanza, da applicarsi ogni qualvolta ve ne sia l'occasione; l'indugio in questi casi potrebbe lasciare il rimorso di non avere salvato una vita umana.

BIBLIOGRAFIA.

BASTIANELLI R. *Rianimazione mediante iniez. di adrenalina, ecc.* R. Acc. Sc. Med. di Roma, 23 febbraio 1924.

MASOTTI. *Rianimazione del cuore con iniez. di adrenalina, ecc.* Policlinico, Sez. prat., 1925.

CERVINI. *Iniez. intracardiaca di adrenalina in un caso di schock, ecc.* Policlinico, Sez. prat., 1924.

PETIT-DUTAILLIS. Journal de Chir., 1923.

TOUPET. La Médecine, 1924.

LENORMANT et RICHARD. La Presse médicale, 1924.

CUTORE. Anatomia topografica, 1923.

MERCKEL. Anatomia topografica.

NICOLICH e POTOTSCHNIG. *Di alcuni casi di iniezione intracardiaca nell'arresto del cuore.* Riforma Medica, anno XL, n. 44.

RIVENDICAZIONI.

Per la storia della sedimentazione del sangue.

Prof. LEONE LATTES, direttore dell'Istituto di Medicina legale dell'Università di Modena.

Il grande fiorire attuale degli studi sulla sedimentazione del sangue ha avuto indubbiamente il suo punto di partenza negli studi di Fahraeus e specialmente nella sua bella monografia: « The suspension stability of the blood » apparsa nel 1921. Essenzialmente egli ha dimostrato che la « crusta phlogistica », fenomeno di tanta importanza per l'antica patologia, dipende precisamente dall'aumentata velocità di sedimentazione dei globuli rossi, e in secondo luogo che questo aumento è dovuto ad una autoagglutinazione in zolle o pile dei globuli stessi. Con ciò egli ha messo in chiara evidenza la natura del fenomeno.

Nel capitolo storico, che non è la parte men pregevole della monografia, il Fahraeus ricorda parecchi autori che hanno studiato argomenti strettamente affini, ed hanno compiuto osservazioni importanti dal punto di vista che egli tratta. Ma tali lavori, di Hunter, Nasse, Gulliver, Van der Kolk, Jones, ecc., sono realmente da precursori, essendo stati eseguiti sul sangue in via di coagulazione, in condizioni nelle quali i fatti rimanevano dispersi, sovente oscuri, e non potevano assurgere a corpo di dottrina.

Ciò tanto è vero che negli importanti lavori di Biernacki (del 1894-1897) che hanno richiamato l'attenzione sul fenomeno della sedimentazione sanguigna, affermandone l'importanza clinica, e dai quali risulta che la diversa velocità di sedimentazione non può dipendere da semplici rapporti di densità, non si propone una spiegazione attendibile del fenomeno: soltanto dai lavori di Fahraeus essa si è affermata in modo indiscutibile.

Ora, senza voler diminuire per nulla i meriti del Fahraeus, mi pare doveroso, da buon italiano, il rilevare che nella veramente accuratissima esposizione storica e bibliografica del soggetto, è avvenuta una ommisione. Ommissione che riguarda le ricerche di un valoroso e modesto studioso italiano, il dott. Ugo Biffi, allora a Lima; il quale in un campo affine aveva dato saggio della sua originalità, sostenendo tra i primi la possibilità della differenziazione individuale dei vari sangui umani.

Tale lacuna è particolarmente spiacevole in quanto il lavoro del Biffi non è già da precursore, ma contiene in modo preciso la spiegazione del fenomeno della varia sedimentabilità del

sangue; quale fu poi affermata con tanto successo dal Fahraeus 15 anni dopo.

Il lavoro del Biffi pubblicato nel 1904 in una rivista di primaria importanza. *Lo Sperimentale*, ha avuto il torto di portare un titolo generico, tale da non richiamare l'attenzione e da fuorviare le ricerche bibliografiche (1). Ma esso contiene un capitolo intitolato: « La sedimentazione sanguigna », nel quale si dimostra per la prima volta con precisione che l'elemento più importante per la spiegazione del fenomeno e delle sue variazioni morbose consiste nel modo di aggrupparsi degli eritrociti. L'autore vede inoltre ed espone con lucidità l'intimo rapporto che intercede fra questi fatti e il meccanismo di formazione della crosta flogistica da una parte, con le ricerche del Biernacki sulla sedimentazione e dell'Hayem sull'aspetto microscopico del « sang phlegmasique » dall'altra.

Per mezzo di semplici esperimenti egli riesce a dimostrare le proposizioni seguenti che testualmente cito: « La circostanza di un aggruppamento degli eritrociti non può a meno di esercitare grande influenza sulla caduta globulare, modificando le condizioni fisiche in cui questa si effettua. Le emazie riunite in gruppi compatti cadranno più velocemente e si sedimenteranno più presto che quelle isolate o debolmente riunite in gruppi di pochi elementi » (e di ciò spiega la ragione fisica).

« Si attribuisce dai patologi la formazione della cotenna alla ritardata coagulazione del sangue in certi stati patologici ».

« Questa spiegazione è insufficiente ».

« Si può provare sperimentalmente che un piccolo ritardo », [uguale o superiore a quello del sangue patologico] « nella coagulazione del sangue non è sufficiente a spiegare il fenomeno della formazione della cotenna ».

« Devesi invece ritenere che l'auto-emoagglutinazione è un fattore importantissimo e forse il principale della formazione della crosta infiammatoria ».

Proposizioni in cui si compendiano le principalissime conclusioni ottenute in seguito dal Fahraeus dal suo profondo, rigoroso, e completo studio del fenomeno. La di lui elaborata monografia diventò, ed a ragione, stimolo ad innumerevoli ricerche. Ma ciò nonostante può ben ritenersi che il lavoro, disgraziatamente passato inosservato, del Biffi, segna nello studio del fenomeno della sedimentazione sanguigna una delle tappe più importanti; esso merita dunque che se ne rivendichi la priorità, prettamente italiana.

(1) Cause d'errore in alcune indagini ematologiche e nei relativi apprezzamenti. *Lo Sperimentale*, 1904, pag. 205.

SUNTI E RASSEGNE.

IGIENE.

Lo stato attuale del problema malarico.

(*Secondo una recente pubblicazione del prof.* SANARELLI).

All'inizio di questo secolo, la geniale scoperta del ciclo d'infezione della malaria, che orientava su nuove vie la profilassi, e le provvide leggi sul chinino, che permettevano una larga diffusione del rimedio, avevano fatto sorgere grandi speranze e lasciavano credere a molti che la malaria avrebbe potuto, in breve volger di tempo, essere debellata. La realtà non corrispose pienamente alle speranze e noi assistiamo a recrudescenze dell'infezione, di cui non sempre possiamo renderci ragione. Si presenta quindi la questione di esaminare se la via finora battuta sia realmente quella giusta e se il problema malarico possa ridursi alla semplicità quasi schematica con cui da molti si è considerato. E questo ha fatto il prof. G. Sanarelli, con ampiezza di vedute in una sua recente pubblicazione (1), arrivando a conclusioni che non sono forse confortanti ma che, dando una chiara visione del problema, ci additano l'opportunità di tentare altre vie. Riassumiamo qui ampiamente questo importante lavoro; il problema assurge infatti ad importanza nazionale per l'Italia, paese eminentemente agricolo che non potrà redimersi economicamente, nè raggiungere un alto grado di civiltà collettiva e di benessere sociale fino a quando le sue terre più fertili non saranno liberate dal millenario flagello.

Il problema della difesa antimalarica, che pure sembra scientificamente risolto, urta nelle applicazioni pratiche contro gravissime difficoltà.

La disanofelizzazione, che in teoria dovrebbe condurre a risultati certi, è inattuabile salvo che si tratti di condizioni del tutto speciali, oppure quando si metta in opera senza riguardi a spese, come si è fatto al Panama od in guerra. Anche in tali circostanze, il risanamento è limitato e transitorio, sicchè l'applicazione di tal genere di profilassi nelle estesissime zone rurali, dove la malaria ha il suo secolare dominio, sarebbe pura utopia. Appare poi del tutto insensata la pretesa di estinguere nel mondo abitato e non abitato dall'uomo una specie animale di tanto prodigiosa fecondità quale la zanzara; è questa

(1) *Lo stato attuale del problema malarico.* Un opuscolo in-16 di pag. 58. Comitato promotore dei Congressi di bonifica nell'Italia meridionale ed insulare. Roma, 1925. Prezzo L. 5.

legge di biologia generale che deve convincere dell'impossibilità pratica della disanofelizzazione in grande.

La chininizzazione e la bonifica umana. — È un fatto che la larga diffusione del chinino ha fatto diminuire i casi di perniciosa e di cachessia malarica; ma, per quanto riguarda la morbosità, dobbiamo confessare che essa è ancora molto alta. Anche la bonifica umana difficilmente si raggiunge in modo completo perchè, nonostante le più svariate cure, può rimanere un certo numero di individui non guariti i quali costituiscono un serbatoio di virus.

La chininizzazione preventiva o profilassi chininica non può essere eseguita se non nei corpi militarizzati o semimilitarizzati; è causa di disturbi e non può essere a lungo tollerata. Essa, poi, non fa che ritardare l'attacco malarico per un periodo non definito, producendo però la malaria latente, di grandissima importanza sociale perchè i portatori di virus diffondono l'infezione; si facilita inoltre con essa la produzione della chinino-resistenza. L'applicazione di tale profilassi a tutta la popolazione delle regioni malariche appare quindi impossibile e poco efficace.

Anche *la difesa meccanica* trova la sua indicazione soltanto in circostanze particolari, implica enormi spese d'impianto, esige un'accurata manutenzione ed è del tutto inapplicabile in molti paesi, in causa dei miseri abituri, della poca disciplina delle popolazioni e del genere di lavoro. Questo mezzo, che è molto costoso, riveste dunque carattere di eccezione.

La bonifica idraulico-agraria che rappresenta oggi la profilassi più seria e più razionale è assai onerosa e dà risultati molto remoti, talora anche negativi igienicamente. Comunque essa va organizzata in modo che lo scopo igienico assurga a quella preminenza che gli spetta e da far sì che i canali risultino stabilmente antianofelici, attuando, dove è possibile, le bonifiche per colmata. Anche *la piccola bonifica*, che rientra nella disanofelizzazione, pure essendo di applicazione relativamente facile ed economica, risulta di effetto transitorio.

Grandi illusioni, osserva Sanarelli, sono state alimentate dai ritmi epidemici caratteristici delle endemie malariche e si è creduto all'efficacia dei nostri mezzi di lotta negli anni di relativa mitezza, come pure si è attribuita ad essi la scomparsa della malaria in zone relativamente estese, specialmente del Nord, dove invece l'estinzione dell'endemia si è avuta in modo spontaneo e per ragioni non ben precisate.

Purtroppo il problema malarico ha offerto il terreno ad appassionanti diatribe, anche perchè appariva difficile compito quello di valutare equamente l'opera dei singoli e l'entità dei vantaggi vantati da ciascuno. Bisogna dunque andare molto cauti, conclude nella prima parte l'A., nell'enunciare la verità nuda e cruda che cioè sarebbe tempo di finirla con le generose utopie e che la lotta antimalarica, quale oggi è organizzata in Italia ed altrove, non ha alcuna probabilità di debellare la malattia.

Anche le nostre conoscenze biologiche sulla malaria sono incomplete. Abbiamo in realtà, dice Sanarelli, qualche nuova conquista, ma di valore pratico non notevolissimo. Sono fra queste il metodo della goccia spessa per la diagnosi, i metodi riattivanti che hanno portato alla conoscenza delle forme latenti e dei portatori asintomatici; le conoscenze sulle razze misantrope, sulle alate grasse, sulle abitudini di vita delle zanzare; la valorizzazione della cinconina, fatta in Italia da V. Ascoli; qualche progresso nella profilassi (diffusione del pesciolino larvifago Gambusia, adozione dei canali di magra, zooprofilassi, ecc.).

Di fronte a questi pochi progressi, rimangono ancora moltissimi problemi imprecisati oscuri ed insoluti. Non si è ancora in grado di interpretare la comparsa dei casi di malaria primitiva estivo-autunnale, allorchè nel sangue circolante dei malarici non si trovano i gametociti capaci di infettare la zanzara e mancano persino le zanzare vettrici. Pure oscura rimane la genesi delle recidive; poco definite e di incerta posizione sistematica sono le forme poco comuni od atipiche di parassiti malarici. Per quanto concerne l'epidemiologia, sono ancora da precisarsi la suscettibilità delle varie specie di zanzare verso le differenti forme di parassiti malarici ed il compito epidemiologico corrispondente, resta ancora da chiarire l'importantissimo problema dell'anofelismo senza malaria, una condizione che elimina la malaria lasciandone persistere i vettori. Poco spiegate appaiono anche le origini della malaria in luoghi disabitati e la malaria da sterri, mentre alcuni pensano che possano esistere, oltre alle zanzare, altri ospiti intermedi o definitivi dei parassiti malarici.

Molti sono i quesiti ancora insoluti riguardanti le zanzare, la patologia generale della malaria, la natura ed il meccanismo della febbre emoglobinurica. Nel campo diagnostico e clinico, mancano mezzi sicuri per scoprire le infezioni occulte, per distinguere le primitive dalle recidive, le guarigioni cliniche da quelle definitive, mentre poi sono soggetto di discussione il farmacodinamismo della chinina, la dosimetria di essa, l'azione dei

succedanei e dei coadiuvanti. Nell'ambito più strettamente profilattico, restano da trovarsi mezzi chimici semplici, economici e sicuri di slarvizzazione; manca una sicura conoscenza del valore relativo dei vari mezzi profilattici, questione delicata perchè ogni malariologo tende ad essere esclusivista, ammettendo il proprio metodo come il migliore.

L'odierno attrezzamento antimalarico, afferma Sanarelli, ha dato ormai ciò che poteva rendere praticamente, sebbene qualche miglioramento si potrebbe apportare anche in tal campo. Manca però un corpo tecnico consultivo incaricato di ispirare e di guidare l'opera del Governo e l'indirizzo legislativo, manca persino una Commissione antimalarica, quale esiste in altri paesi e che da noi è stata soppressa.

Ciò che è soprattutto necessario, secondo l'A., è ora d'intensificare ed approfondire gli studii sperimentali sulla malaria, in quanto che ogni progresso pratico può sperarsi soltanto da un ulteriore lavorio scientifico. Nè questo può derivare da un solo individuo: è invece necessaria la creazione di un Istituto apposito, fornito di tutti i mezzi occorrenti per aggredire a fondo e con tutti gli ausilii della scienza moderna la soluzione del problema. In Italia mancano purtroppo Istituti destinati esclusivamente alla ricerca scientifica, quali si hanno altrove: per la malaria in Palestina, in Russia, in Jugoslavia, negli Stati Malesi, nel Brasile. Solo da un Istituto esclusivamente dedicato alla malaria, largamente dotato di mezzi ed affidato ad uomini di vera scienza, appassionati alla ricerca scientifica e ad essa unicamente consacrati si può sperare che venga la luce sull'affannoso problema. L'Istituto dovrebbe comprendere un reparto ospedaliero, un servizio chimico, uno entomologico, oltre a quelli microbiologico, ematologico ed epidemiologico. Dovrebbe provvedere ad un lavoro di coordinamento bibliografico e di documentazione, curare la propaganda e l'istruzione tecnica. La sede naturale ne deve essere Roma, cioè alle porte dell'Agro laziale e pontino, le terre classiche della malaria.

Il pericolo, nella fondazione di una tale istituzione, è quello di fare cosa incompleta e meschina; essa deve invece essere efficiente in ogni sua parte, tale da rispondere all'alto intento; altrimenti è meglio non farne nulla.

L'esempio di Milano, che ha fondato il suo Istituto del cancro, dovrebbe essere seguito da Roma, celebrando il XXV anniversario del Regno del nostro Sovrano, con un'opera degna e duratura, consacrata al bene del nostro Paese.

fil.

VIE URINARIE.

Le diatesi nefrolitiasiche.

(*Gazz. Ospedali e Cliniche*, 3 maggio 1925).

Il quadro clinico dell'accesso da calcolo renale, che costituisce la reazione alla presenza di concrementi nelle vie urinarie, è in gran parte indipendente dalla specie della diatesi che ha determinato la produzione dei calcoli. Qualunque sia la natura di questa, ossalica, fosfatica, ecc., i fattori principali dell'accesso rimangono sempre l'irritazione prodotta dal corpo estraneo, la stasi dell'urina ed eventualmente le infezioni secondarie. Anche il volume del calcolo non è il solo fattore che determina la intensità dell'accesso; calcoli di notevole volume sono stati portati per tutta la vita senza cagionare disturbi, mentre altri piccolissimi hanno determinato coliche violentissime ed anche la morte per emorragia.

Le coliche da calcoli sono spesso precedute da sintomi prodromici, specialmente sotto forma di dolori ottusi nella regione lombare; talora una lombaggine cronica si rivela come il sintomo precoce della nefrolitiasi. Si possono avere disestesie, dolori irradiantisi verso la coscia (nel territorio di distribuzione del nervo genito-femorale o dei suoi rami), verso l'uretra, il testicolo, il glande, la vulva. Fenomeni concomitanti abbastanza frequenti sono il vomito riflesso, il brivido, la ritenzione d'urina (che può colpire per via riflessa anche l'altro rene), l'aumento di temperatura. Quasi costante è la rigidità riflessa delle pareti dell'addome, che rende difficile la palpazione del rene sospetto.

La secrezione dell'urina può rimanere normale durante l'accesso, ma può essere sospesa, sia per un calcolo che ostruisca l'uretere, sia per il fatto che esiste un solo uretere, sia per via riflessa. Se il rene, in queste condizioni continua a secernere urina, si ha l'idronefrosi, che poi scompare una volta rimosso l'ostacolo, é si ha allora un aumento transitorio della diuresi.

Nell'esame delle urine, assume molta importanza la presenza del sangue, rispettivamente delle emazie che sono di solito integre e prive di emoglobina (ombre di emazie). Esse si trovano anche, ad intervalli, o costantemente, al di fuori dell'epoca delle coliche, sicchè potrà essere necessario ripeter l'esame diverse volte. Nella nefrolitiasi pura, non si trovano cilindri; la loro presenza indica delle complicazioni a carico del rene. Si può trovare anche dell'albumina, in quantità proporzionale alla ematuria macroscopica, e che scompare con lo scomparire di quest'ultima.

Se poi, in seguito alla stasi dell'urina o ad un'infezione, si ha un processo secondario infiammatorio o purulento in forma di pielonefrite, il quadro si modifica. Nell'urina, raccolta in modo sterile, si riscontrano dei germi patogeni, del pus, dei cilindri di ogni specie, dell'albumina in abbondanza e si manifesta poi il quadro del rene grinzo pielogeno, caratterizzato da una insufficienza funzionale dei reni e da un'azotemia progressiva senza però l'ipertonia.

Quando, dai dati clinici od anamnestici, si abbia il sospetto di un calcolo renale, si può confermare la diagnosi con la radiografia. Se il calcolo non è più grosso del nocciolo di una ciliegia ed è tondeggiante, se non si hanno nè anuria, nè emorragie gravi, nè segni di infezione, si potrà tentare di favorirne l'eliminazione mediante il riposo assoluto, l'uso di abbondanti bevande calde (decotto di fiori di tiglio, limonate, acque minerali) le applicazioni calde sulla regione renale, e sulla vescica, i rimedi antispastici (atropina 1 mg., morfina 2 cg., in supposte o per iniezioni). Anche la glicerina per bocca (50-100 g. diluiti in una limonata) o l'istillazione di glicerina o di olio nel bacinetto renale mediante il. cateterismo dell'uretere, conducono talvolta allo scopo.

Se queste cure non danno alcun risultato, e persistono i dolori, oppure si ha anuria che non si vince col cateterismo degli ureteri, ovvero si sviluppa un'infezione secondaria, non si indugerà ad intervenire chirurgicamente. Si potrà procedere alla nefrotomia od alla nefrectomia allorchè ci si sia assicurati dell'esistenza di un altro rene capace di funzionare. Ancor più netta è l'indicazione dell'intervento nei casi in cui esista il sospetto di tubercolosi o di neoplasma. Comunque, è importante decidersi per l'operazione prima che si manifestino i segni d'infezione, poichè la mortalità operatoria nella nefrolitiasi asettica raggiunge appena il 4 %, mentre nelle forme infette può salire al 15-25 %.

L'intervento chirurgico, però, se toglie di mezzo i prodotti della diatesi, non ha alcuna influenza su di questa; permane dunque il disturbo del ricambio a cui va posto rimedio. Si deve dapprima ricercare la natura della diatesi stessa; la diagnosi di questa non va fatta soltanto sulla natura dei calcoli, sebbene sia certo che si ha più facilmente la formazione di dati calcoli, quanto più abbondanti sono nell'organismo i corrispondenti materiali.

La *diatesi* litiasica più frequente è indubbiamente quella *uratica*. Essa consiste in ciò che, con l'urina si secernono in grande abbondanza l'acido urico e gli urati. La secrezione è favorita dall'introduzione di purine coi cibi, tanto più che col regime carneo, che è il più ricco di purine, si accentua anche la reazione acida delle urine, e quindi anche la precipitazione degli urati. Non bisogna però credere che la diatesi uratica sia l'espressione di un'anomalia del ricambio delle purine e nemmeno che essa sia analoga nella sua essenza alla gotta, in cui l'eliminazione dell'acido urico è diminuita. Nella diatesi uratica, invece, la secrezione dell'acido urico è rapida e manca il fenomeno della ritenzione. Anche nel gottoso, si può avere formazione di calcoli di acido urico, ma per un altro meccanismo e cioè per la comparsa nell'urina di concrementi di acido urico che hanno origine dai tofi papillari dei reni e che, giunti nelle vie urinarie, costituiscono dei nuclei per un'ulteriore precipitazione dell'acido. Nella diatesi uratica, le norme direttive della cura dietetica sono pertanto la limitazione delle purine nei cibi, la somministrazione abbondante di frutta (che aumenta l'alcalinità dell'urina) e di liquidi debolmente alcalini e acque minerali.

La *diatesi ossalica*, che conduce alla formazione di calcoli di ossalati, si riconosce per la presenza nell'urina dei caratteristici cristalli di ossalato di calcio, a busta di lettera. L'ossaluria può determinare dolori alla minzione, tenesmo e bruciore nell'urinare, anche senza che si siano formati dei calcoli. La genesi di questi va riferita alla modificazione patologica dell'ambiente colloidale sostituito dall'urina e specialmente alla mancanza del « colloide protettore ». Un'ossaluria passeggera, in seguito ad ingestione di cibi ricchi di acido ossalico, può osservarsi anche in individui sani. Negli ossalurici, invece, essa è di una certa costanza.

Gli ossalati contenuti nei cibi vengono assorbiti solo quando siano disciolti dall'acido cloridrico dello stomaco; se, invece, l'acidità gastrica viene abbassata con degli alcalini, l'assorbimento degli ossalati diminuisce in proporzione. Nelle sezioni dell'intestino, dove si trova un ambiente alcalino, si forma dell'ossalato di calcio che è inassorbibile. Oltre agli ossalati contenuti nell'alimentazione, vi sono quelli di origine endogena, originati probabilmente dalle sostanze collogene del corpo che contengono glicocolla e forse anche dalla creatinina dei muscoli e dall'acido glicocolico della bile.

Nella cura della diatesi ossalica, che si osserva particolarmente nei giovani, si limiterà l'uso di cibi contenenti molti ossalati (spinaci, rabarbaro, barbabietola, cacao, tè forte) e si renderanno più difficili le condizioni di assorbimento dell'ossalato di calce nello stomaco, somministrando degli alcalini (sali di magnesio, bicarbonato di sodio, acque alcaline); particolarmente raccomandabili sono i sali di magnesia.

I calcoli di ossalati sono i più duri e quelli che si riconoscono meglio alla radiografia, an-

che se piccoli; una volta formatisi, però, sono del tutto inaccessibili alla terapia interna.

La *diatesi fosfatica*, con vie urinarie non infette, conduce ben di rado alla formazione di calcoli primitivi di fosfati. Un'eliminazione abbondante di fosfati può aversi, in via transitoria, anche in persone normali, in seguito ad un pasto abbondante, per cui vengono sottratte ai tessuti delle notevoli quantità di acidi, oppure dopo un vomito abbondante, specialmente se l'urina, frattanto secreta, si versa nella vescica vuota e quindi il suo aumento di alcalinità non può venir neutralizzato dall'acidità dell'urina presente.

L'origine della diatesi fosfatica non va ricercata in un aumento della secrezione dell'acido fosforico, ma bensì nell'aumento relativo della secrezione di calcio (calcariuria), di cui sono tuttora ignote le cause. Anche la produzione dei calcoli nel caso della diatesi fosfatica dipende probabilmente da una modificazione anormale dell'ambiente colloidale costituito dall'urina e specialmente dalla mancanza dei colloidi protettori.

Nelle urine infette, la formazione di calcoli fosfatici non ha nulla a che fare con i calcoli primitivi; i calcoli secondari sono formati da fosfato triplo ed accompagnati da concrementi di carbonato di calce.

La fosfaturia, in molti casi, è ostinata e ribelle alle cure. Il regime sarà mantenuto povero di calcio e saranno perciò proibiti il latte e le uova. Per impedire la secrezione troppo abbondante di acido cloridrico nello stomaco, sono utili le cure ripetute di atropina. Contemporaneamente si praticherà una cura generale perchè nei fosfaturici l'eccitabilità del sistema nervoso è assai spesso aumentata.

FILIPPINI.

L'istillazione di bleu di metilene nella cistite tubercolare.

(MARION. *Journal d'Urologie*, n. 3, 1925).

L'A. ricorda anzitutto le ricerche fatte nella sua Clinica da Blanch sull'efficacia della somministrazione della urotropina e del bleu di metilene nella tubercolosi urinaria.

Discute quindi sulle indicazioni di questa cura la quale non presenta alcuna controindicazione. Sia che si tratti di lesioni bilaterali e inoperabili sia di nefrectomizzati con lesioni eccentuate della vescica sia di malati in cui è impossibile l'esplorazione col cateterismo ureterale. Quanto alla tecnica ricorda come si debba usare una soluzione all'1 % di bleu di metilene in siero fisiologico in modo da aumentare con l'isotonicità del liquido la facoltà di impregnazione nella sostanza colorata. Il dosaggio non deve superare l'uno per cento poichè quando si adopera il 2 % i fenomeni vescicali dolorosi momentaneamente vengono accentuati; una soluzione più lieve si può usare di preferenza nei casi poco acuti. In ogni caso se dopo pochi minuti dall'iniezione esiste dolore esso cessa rapidamente e con facilità viene calmato dall'applicazione di una supposta. Il liquido si deve iniettare tiepido, se ne distilla nella vescica da 10 a 15 cc. e si raccomanda al malato che resti il più che sia possibile senza urinare. Se la vescica è molto infetta, se la piuria è intensa è opportuno cominciare con un lavaggio di una soluzione tiepida di ossicianuro di mercurio all'1/4000 o di siero fisiologico in guisa da nettare la superficie della mucosa permettendo così la facile penetrazione del bleu. L'effetto della istillazione in genere è immediato e dura circa tre giorni. L'A. consiglia di rinnovare le istillazioni ogni due giorni nei casi di media intensità con accentuata pollachiuria. Si può nei casi meno acuti attendere 3 giorni, in media l'istillazione si dovrà praticare ogni 2 giorni. Si può inoltre istituire un trattamento misto consistente cioè in istillazione di bleu di metilene e di olio gomenolato. In genere con 5 istillazioni si ottiene un periodo di relativa quiete per un po' di tempo. Alle volte bisogna insistere con un numero maggiore di istillazioni. Oltre le istillazioni l'A. consiglia di prendere anche delle pillole di bleu di metilene con le quali si riesce ad imbibire tutto l'apparato urinario. Quanto al modo di azione il bleu di metilene agisce per le sue proprietà microbicide ed antinevralgiche. Ciò che è più importante è la sua affinità elettiva per le parti malate, cosa che si rende evidente con la cistoscopia. Infatti dopo qualche ora che si è praticata l'istillazione del bleu in una vescica tubercolare la mucosa sana conserva la sua apparenza normale ma tutte le ulcerazioni, tutte le parti che hanno perduto il loro epitelio di rivestimento si presentano intensamente colorate in bleu. Quanto ai risultati nei casi curati dal dott. Blanch (cistiti tubercolari, prima e dopo la nefrectomia, lesioni renali uni- e bilaterali) l'effetto è stato sempre ottimo specie sulla pollachiuria che viene modificata immediatamente. Anche i dolori cessano dopo la prima istillazione. La capacità vescicale aumenta notevolmente e regolarmente in modo da rendere possibile la cistoscopia.

L'effetto delle istillazioni oltre che immediato è abbastanza duraturo quando le lesioni non sono molto estese e gravi, quando il processo però è molto avanzato l'effetto è poco sensibile.

Concludendo l'A. fa rilevare come l'uso del bleu di metilene quantunque non si possa considerare come specifico della bacillosi reno-vescicale pur non di meno sembra superiore a tutte le medicazioni preconizzate fino ad ora. L'A. non pensa che il bleu possa far guarire la tubercolosi della

vescica ma lo considera come un palliativo certo che dà al malato l'impressione della guarigione, facendogli specialmente scomparire la pollachiuria che in genere è molto dolorosa.

T. LAURENTI.

Le albuminurie prolungate e curabili della sifilide.

(LAURENT. *La Presse médicale*, 30 maggio 1925).

I vari tipi di sifilide renale, ormai nettamente studiati e classificati, possono così riassumersi: nei primi tempi del periodo secondario può aversi una lieve albuminuria che cede alle prime cure ed è conosciuta sotto il nome di albuminuria secondaria; in secondo tempo, ma sempre in un periodo recente dell'infezione, può presentarsi non più una semplice albuminuria ma una vera nefrite secondaria con oliguria, cilindruria, edemi, febbre; un terzo periodo poi, più o meno tardivo, comprende i brightici, gli uremici, ipertesi con cefalee, edemi, ecc.

L'A. sostiene che oltre i suddetti vi sia anche un altro tipo di sifilide renale del quale fa l'oggetto della presente comunicazione ossia le albuminurie prolungate e curabili della sifilide. Esse non sono eccezionali; Laurent infatti su 500 sifilitici, dei quali ha esaminato accuratamente le urine, ha potuto notarne 15 che sicuramente rientrano in questo quadro morboso. L'età del paziente non ha influenza notevole su queste albuminurie che possono presentarsi da 1 a 15 anni dopo il sifiloma iniziale; la cura specifica le influenze favorevolmente ma non con eccessiva rapidità.

Queste albuminurie, che corrispondono evidentemente ad una lesione renale, non danno sintomi di nefrite nel senso clinico della parola: non vi sono edemi nè cilindruria, nè poliuria, nè cefalea.

La quantità dell'albumina può essere considerevole (15-12 gr. per litro), diminuisce con la cura e finisce per scomparire; non sembra essere influenzata dal regime alimentare.

La durata di queste albuminurie è variabile da qualche mese fino anche a sette anni. Dopo la guarigione non sono state mai notate recidive.

L'A., dopo aver riferite alcune storie cliniche molto precise, conclude per l'esistenza di queste albuminurie prolungate e curabili di origine sifilitica non modificate dal regime alimentare, guarite invece completamente dalla cura specifica prolungata; non sarà dunque male, in presenza di malati con albuminurie resistenti a tutte le altre cure, tentare quella antiluetica prolungata anche se non si riesca a mettere in evidenza nel paziente antecedenti sifilitici.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. CAMPANI, A. ILVENTO, G. MENDES. *Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia.* Tre volumi in-8° gr. di pag. 154, 174 e 347. Roma, Editrice « Salute e Igiene » (piazza del Popolo 18). Prezzo L. 5, 6,30 e 12 (a Roma, L. 5, 5 e 10).

Oltre essere una nitita *mise à point* delle condizioni attuali del nostro Paese in fatto di armamentario antitubercolare, è anche una completa guida descrittiva di tutti i nostri istituti sanatoriali, dispensariali e preventoriali.

L'opera corredata di tavole dimostrative e di 43 nitide illustrazioni, può considerarsi anche un vero trattato di tecnica dispensariale e sanatoriale, perchè i competenti Autori non si sono limitati alla pura parte illustrativa, ma hanno trattato a fondo le varie questioni riguardanti il funzionamento tecnico e l'organizzazione dei vari congegni.

È un libro questo che non dovrebbe mancare nella biblioteca di nessun medico colto e che ha anche un valore pratico per chi abbia bisogno di notizie sulle varie possibilità di ospitalizzare e di curare un malato di petto in Italia.

R. P.

A. ILVENTO. *La casa nell'igiene sociale.* Un vol. in-8° di 269 pag. con 78 fig. e con prefazione del sen. A. LUSTIG. Soc. An. Istituto editoriale, Milano, 1925. Prezzo L. 35.

Nell'interessante pubblicazione, il prof. Ilvento esamina il problema della casa anzitutto dal punto di vista dei desiderati dell'igiene: gli ambienti necessarii, le norme di costruzione, l'igiene dei servizi interni; dati tecnici, consigli igienici che formano nell'insieme un vasto capitolo d'ingegneria sanitaria. A parte viene considerata la casa rurale, su cui troppo spesso sorvolano i trattati di igiene, mentre in essa le deficienze sono talvolta peggiori che nella casa urbana.

La seconda parte riguarda la casa nell'igiene sociale, l'influenza che essa può avere sulla salute, il problema del sovraffollamento, il movimento sociale per le case e le attuali provvidenze legislative.

Ma non basta avere una casa igienica; è necessario arredarla razionalmente e tenerla in modo irreprensibile. In questa parte, non meno importante della prima, la dott. Maria Gasca Diez (non si comprende perchè il nome della collaboratrice non figuri sul frontespizio) dà consigli non solo di igiene materiale, ma anche di quella igiene dello spirito che è l'estetica e si diffonde largamente con fine senso pratico sul governo

igienico della casa, armonizzandolo con una saggia economia.

In un'appendice le disposizioni vigenti sull'igiene delle abitazioni chiudono questo libro che si raccomanda alla lettura dell'igienista, del sociologo come della massaia.

fil.

Proceedings of the International Conference on Healt Problemes in Tropical America. United Fruit Company, Boston, 1924.

Questo magnifico volume edito in carta di lusso con illustrazioni a colori dalla United Fruit Company, che tante benemerenze ha verso la pubblica salute nell'America tropicale, contiene una serie di interessantissime memorie dovute ad una eletta schiera internazionale di studiosi. Troviamo i nomi di Bass, di Noguchi, di Carter, di Rogers, di Castellani, di Mühlens, di Banting, di Lane, di Strong, di Park, di Deeks, di Rosenau ecc. La malaria, la febbre gialla, la amebiasi, la filariosi, la schistosomiasi, la leishmaniosi, e numerosi altri argomenti riguardanti i più importanti problemi di patologia, specialmente tropicale, sono magistralmente trattati da specializzati noti agli studiosi di tutto il mondo: la loro opinione in materia di tanto interesse rende veramente suggestiva la lettura della raccolta che costituisce una collana di articoli che aggiornano la materia. Interesserà il libro gli studiosi di igiene sociale e specialmente i cultori di medicina tropicale.

PONTANO.

Opuscoli di propaganda igienica pubblicati sotto il patronato dell'Associazione italiana per l'igiene. Presso il periodico « La salute e l'igiene nella famiglia ». Roma, Piazza del Popolo, 18.

La propaganda igienica è ormai da tutti riconosciuta come una vera necessità se si vuole seriamente arrivare a creare nelle masse quello stato di « coscienza igienica » per cui le popolazioni sentano l'igiene come un bisogno e non come un'imposizione. Utili per un'efficace propaganda sono questi opuscoli, alcuni dei quali riproducono articoli apparsi in quel buon periodico di propaganda e di educazione igienica che è « La salute e l'igiene nella famiglia ». Citiamo fra essi: *La giornata igienica dello scolaro* (dottor ESCHILO DELLA SETA); *Cattive abitudini dei bambini* (PALMIRA MELSI FANTI); *Il ragazzo pulito* (GIUSEPPE PENSO); *Igiene e pulizia della casa* (CORNELIA DELLA SETA).

Gli argomenti, come si vede, sono del massimo interesse e sono trattati con stile semplice, alla portata di tutti e con parole persuasive. Quello della giornata igienica dello scolaro va unito ad un quadro murale ideato dallo stesso A. ed eseguito da Musacchio, quadro che è di grande utilità per le case dove sono ragazzi e per le scuole.

fil.

P. RUDAUX. *Anatomie, Physiologie, Pathologie élémentaires.* Masson, éd., Paris. Fr. 28.

Il libro del Rudaux è alla quinta edizione e, pur mantenendo il primitivo carattere, si presenta accresciuto di mole e contiene ben 580 figure didattiche. In origine fu scritto per l'insegnamento alle levatrici e, pur conservando un largo sviluppo alla parte speciale, l'A. ha cercato di aggiungere tutte quelle nozioni generali di anatomia, fisiologia e patologia indispensabili per un infermiere moderno. È un libro chiaro, che fugge il dettaglio e cerca di dare una veduta d'assieme agli argomenti anche più astrusi. La terza parte è dedicata alla igiene e alla terapia elementare.

t. p.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 17 aprile 1925.

Contributo allo studio della tubercolosi verrucosa della cute. (Presentazione dell'inferma e dei preparati istopatologici).

Prof. DUCREY. — La lesione durante tutto il suo decorso (7 anni) ha mostrato come nota essenziale e caratteristica del suo progredire l'insorgenza di elementi puntiformi cheratosici quasi a livello della cute, segnanti sopratutto i margini di una chiazza ad andamento centrifugo con progressiva involuzione atrofica centrale. L'O. discute le diagnosi differenziali, specie col lupus verrucosus.

La diagnosi fu confermata dalla inoculazione positiva nella cavia e dal reperto istopatologico.

Una localizzazione rara dell'echinococco.

Prof. MAIOCCHI. — L'O. riferisce un caso di cisti di echinococco sviluppatosi nello spessore dei muscoli delle doccie vertebrali alla regione dorso-lombare. Trattavasi di una signora di 31 anni la quale (pur non avendo avuto alcun rapporto con cani o altri animali) notò l'insorgenza di una tumescenza alla regione dorso-lombare sinistra. Nessun sintoma

subiettivo: la puntura esploratoria dimostrò la natura della cisti; la quale venne enucleata dall'O. nella sua totalità. Il pezzo anatomico viene così mostrato nella sua interezza e integrità: consta di una parete avventiziale bianca e resistente contenente un grande numero di vescicole figlie.

L'O. prende occasione da questo caso per parlare della sede muscolare dell'echinococco, e per illustrare la via seguìta dagli embrioni dell'echinococco dal tubo digerente a queste lontane e recondite loggie muscolari.

Una revisione del problema della degenerazione cosidetta « senile » del cervello?

Prof. CERLETTI. — Rammentato come un primo grande passo verso l'individuazione di un quadro anatomopatologico proprio della senilità sia stato fatto quando venne messa fuori questione l'arteriosclerosi, riassume lo sviluppo delle ricerche istopatologiche sul cervello dei dementi senili e l'integrarsi dei vari reperti in un quadro caratteristico per questa malattia.

Tra i vari elementi di questo quadro sono tipiche e costanti le cosidette placche di Redlich-Fischer disseminate in forma miliare nella corteccia cerebrale, e, non costante, ma tipica pei casi gravi, l'alterazione neurofibrillare con conglutinazione e spesso disposizione a vortice delle fibrille delle cellule nervose corticali. E poichè queste alterazioni si sarebbero riscontrate tanto negli estremi stadi della decrepitezza quanto nelle forme semplici di demenza senile, forme poco differenziali anche clinicamente, così gli AA. crederebbero di poter conferire tanto alle placche come all'alterazione a grosse fibrille significato di segni caratteristici di involuzione senile del cervello.

Senonchè secondo l'O. fatti più recentemente venuti in luce riportano in discussione il problema se il processo anatomopatologico sopra individuato sia semplicemente l'espressione della involuzione senile più o meno precoce, o se esso invece sia un processo patologico a sè il quale troverebbe soltanto nella senilità un terreno più favorevole per il suo sviluppo.

Tali fatti sono essenzialmente rappresentati dall'esito negativo, di indagini praticate in animali di specie diversa presentanti segni esterni del decadimento senile; ma, sopratutto dall'esame accurato dei casi della cosidetta malattia di Alsheimer-Perusini (di cui l'O. ne riferisce in particolare uno osservato personalmente) nei quali secondo l'A. appare molto difficile interpretare le alterazioni distruttive così gravi e diffuse stabilitesi in breve tempo e che si osservano in soggetti ancor giovani sani e robusti come processi involutivi della categoria di quelli che sono l'espressione del decadimento fisiologico senile.

Dott. SEGRE. — *Rara forma di metastasi sarcomatosa nel cuore umano.*

Prof. SCARLINI.

R. Accademia Peloritana di Messina.

Adunanze del 15-16 giugno 1925.

Sui rapporti del collicolo seminale col lobo medio della prostata nell'uomo.

Prof. G. PERNA. — In attesa dell'esito delle sue ricerche embriologiche, l'O. intanto conclude che la esatta conoscenza delle varie modalità di forma del collicolo seminale ci fornisce l'indice tangibile dello sviluppo ghiandolare della prostata, il quale ha notevole valore nell'indagine di quelle malattie prostatiche che sono in rapporto alla costituzione generale dell'organismo.

Sul tono dei muscoli dell'orecchio nel coniglio.

Prof. G. AMANTEA. — L'orecchio cadente da ipotonia dei muscoli corrispondenti si osserva oltre che per lesioni sperimentali del simpatico (DUCCESCHI) anche come fatto temporaneo in conigli normali e a simpatico integro, in seguito ad abrasione epidermica estesa a tutta o parte soltanto (anche distale) della superficie cutanea esterna del padiglione: il fenomeno sembra in tal caso condizionato dal perturbamento vasomotorio (iperemia). Risultato positivo, sebbene di breve durata, si ottiene anche provocando un'iperemia termica nel padiglione.

Per abrasione, cui si sia fatta precedere anestesia, iniettando sottocute cocaina (ad anello, alla base del padiglione), il fenomeno decorre come esige non tanto l'azione anestetica quanto quella vasocostrittrice del farmaco: manca finchè dura marcata quest'ultima, e quindi gradualmente si manifesta.

Prof. L. SANZO. — *Uova e larve di tonno.*

Su di un raro ed interessante caso di melanosarcomatosi diffusa delle meningi molli.

Prof. M. ZALLA. — L'O. illustra il caso, da lui osservato e studiato nella R. Clinica neuropsichiatrica di Firenze, dal punto di vista clinico ed anatomo-patologico; presenta all'Accademia preparati microscopici, fotografie di pezzi macroscopici e microfotografie.

Nel caso in questione la sarcomatosi meningea era secondo ogni verosimiglianza secondaria ad un sarcoma melanotico localizzato nel lobo temporale dell'emisfero cerebrale destro.

Prof. L. DE GAETANI. — *Sulla struttura del fegato degli « Scopelini ».*

Casi di paralisi progressiva curati con la malario-terapia.

Prof. P. MAGAUDDA. — L'O. comunica tre casi di paralisi progressiva curati con l'innesto di malaria terzana. In tutti e tre i casi ha avuto dei

miglioramenti notevoli, che si mantengono stazionari da circa dieci mesi. Si dichiara sostanzialmente favorevole al metodo di cura proposto da WAGNER VON JAUREGG, specie se praticato nei casi recenti.

Actinomicosi sperimentale (Actinomicosis atypica pseudo-tubercolosa).

Dott. G. CICALA. — L'O. riferisce sopra alcune esperienze eseguite inoculando nelle vene, nel peritoneo e nel sottocutaneo di gatti, conigli, cavie, ratti un germe isolato dal D'AGATA, da una micosi dell'avambraccio, ottenendo così varie localizzazioni negli organi interni e riscontrando il granuloma costituito nella sua parte centrale da leucociti e da detriti cellulari, fra cui egli potè mettere in evidenza il germe nella sua formazione a raggiera, contornato a volta di clave, a volta da lunghi filamenti insinuantisi nel tessuto granulomatoso fra gli elementi cellulari.

Nonostante i caratteri clinici ed anatomo-patologici simili alla tubercolosi, l'O. fa notare la differenza fra quest'ultima e l'affezione in parola, consistente nell'assenza di vasi, nella caratteristica disposizione a zona e nella ricchezza di cellule giganti del tubercolo, in contrapposto a quello che si riscontra nell'affezione actinomicotica da lui descritta.

Considerazioni sopra un caso di sarcoma non pigmentato del retto.

Dott. G. CICALA. — L'O. illustra un caso di sarcoma non pigmentato del retto, occorso nella Clinica chirurgica di Messina. Fa rilevare la rarità di questi tumori, che ascendono appena al numero di 34 compreso il suo, che presentava inoltre la particolarità di aver dato una grossa metastasi sacrale, contenente anche delle cellule pigmentate e metastasi nelle linfoglandole perirettali.

Su alcuni casi di pseudobotriomicosi nell'uomo.

Dott. F. MELINA. — L'O. riferisce su quattro casi di pseudobotriomicosi nell'uomo, tutti presentanti i caratteri anatomo-clinici di tale affezione. Fa rilevare come nel suo primo caso, all'esame isto-patologico si notavano delle cellule blastomatose, a tipo endo-periteliale, disposte a raggi ed in senso perpendicolare al lume vasale; invece negli altri tre si aveva una struttura prettamente granulomatosa.

Ritiene questi ultimi di natura infiammatoria, mentre è presumibile che nel primo caso sul processo granulomatoso si sia successivamente impiantato quello blastomatoso, a tipo perivasale (dagli AA. designato col nome di « peritelioma »).

Secondo l'O. questo dato di fatto è importante anche dal lato chirurgico, in quanto che ammonisce a trattare sin da principio con una radicale escissione tutte le formazioni che si presentano con i caratteri della cosiddetta « pseudobotriomicosi ».

Sopra un caso di frattura di esostosi solitaria borsata.

Dott. V. LO CASCIO. — L'O. riferisce sopra un caso di frattura traumatica di esostosi solitaria borsata dell'estremità superiore dell'omero sinistro, in un bambino di 10 anni, senza precedenti anamnestici degni di nota, senza tracce di rachitismo e nel quale l'esame radioscopico sistematico dello scheletro non fece notare alterazione alcuna.

A proposito della formazione borsata espone brevemente le principali ipotesi patogenetiche e si dichiara favorevole alla teoria meccanica di RECKLINGHAUSEN, soprattutto in base al reperto istologico.

Dott. G. OCCHIPINTI. — *Sul comportamento del connettivo peridurale nella fessura orbitale superiore nell'uomo.*

Prof. L. DE GAETANI.

Società Italiana Oto-Neuro-Oftalmologica Sezione Romana.

Seduta del 10 giugno 1925.

Presidenza: prof. GHERARDO FERRERI, presidente.

Sull'uso dell'adrenalina o pilocarpina nella vertigine auricolare.

Prof. G. FERRERI. — A proposito di quanto è stato pubblicato ultimamente in Francia sulla cura della vertigine auricolare mediante la somministrazione « per os » di soluzione di adrenalina al millesimo, l'O. rammenta come nella Clinica di Roma tale metodo sia ormai seguito da parecchi anni, specialmente in quei casi in cui la vertigine è presumibilmente dovuta a lesioni esclusive dell'orecchio interno con integrità di quello medio. Il migliore effetto della somministrazione di adrenalina avrebbesi in quei casi che si possono far rientrare nella vasta categoria delle lesioni vasomotorie.

Nella Clinica di Roma, seguendo precisamente questo concetto, si è fatto e si fa largo uso anche della soluzione all'1 % di pilocarpina per iniezioni di 1 cmc. praticate a giorni alterni preferibilmente sulle regioni mastoidee.

L'uso dell'adrenalina o della pilocarpina verrà naturalmente consigliato dopo avere accuratamente esaminato l'orecchio interno dal punto di vista del sistema vago-simpatico. L'adrenalina sarà prescelta nei casi di disfunzione prevalente del sistema simpatico; la pilocarpina in quelli del sistema vagale; l'adrenalina verrà somministrata « per os » alla dose di una trentina di goccie unita a tintura di valeriana ed a qualche goccia di ergotina.

L'O. riporta le storie di sei casi di lesioni pure vaso-motorie dell'orecchio interno che tra i tanti si sono particolarmente giovati della cura con adrenalina o pilocarpina.

Gumma Chiasmatis.

Prof. F. MEZZATESTA. — L'O. riferisce su di un caso in cui l'infermo presentava una sindrome chiasmatica, che si accompagnava con poliuria e glicosuria, mentre la radiografia mostrava evidente usura della lamina quadrilatera e delle apofisi clinoidee posteriori. Nonostante la R.W. fosse negativa e poichè pareva che l'infermo si fosse contagiato di lue in gioventù, fu fatta la diagnosi di gomma del chiasma, e praticata un'energica cura antiluetica, che dette guarigione completa con scomparsa dei disturbi visivi e del diabete.

Il prof. MINGAZZINI ritiene che alcuni dei segni presenti nella storia clinica potevano esser riportati a lesioni dell'ipofisi o dell'infundibolo; allude specialmente alla glicosuria ed alla poliuria che hanno tanta parte nelle sindrome di Froehlich. È verosimile anzi che si sia trattato di una vera e propria distruzione della parte centrale del chiasma e soltanto di una compressione delle parti circonvicine poichè i disordini del G.V. sono in parte rimasti, mentre invece gli altri sintomi si sono arrestati.

Il liquido cefalo rachidiano nelle malattie oftalmiche.

Dottori DARIO SABBADINI e PISANI. — Gli OO. presentano 119 casi di lesione dell'apparato oculare corredati dal reperto della P.L., e, dimostrando i rapporti intimi che esistono tra comportamento delle analisi del l.c.r. e diagnosi di natura delle lesioni oculari, spiegano fino a che punto è possibile utilizzare le dette analisi sia per la diagnosi di natura che per quella di sede delle lesioni stesse. I casi presentati comprendono: 34 papille da stasi, 18 atrofie grigie tabetiche, (e come appendici a queste: 8 Argyll-Robertson, in paralitici progressivi senza lesioni degli ottici), 19 lesioni retiniche sul tipo della meningite sierosa, 17 neuriti ottiche, 5 pallori temporali da sclerosi a piastre e postencefalitici, 6 atrofie discendenti da compressione, e 12 paralisi dei muscoli estrinseci.

Le reazioni praticate sul liquido sono: l'esame della pressione col Claude, dell'albumina totale col metodo del Nissl, della reazione di Pandy, della reazione di Nonne (fase 1ª), della reazione di Weichbrodt per le globuline; dell'esame citologico; della reazione del mastice, della R.W. ed in qualche caso della reazione benzoino colloidale e della paraffina.

Il prof. MINGAZZINI domanda se è possibile dal diverso aspetto di una papilla da stasi stabilire approssimativamente la sede del tumore cerebrale ed a quali sedi di tumori cerebrali corrisponda più frequentemente la papilla da stasi.

SABBADINI risponde che non è stato possibile fino ad ora riuscire a classificare più o meno approssimativamente la sede dei tumori cerebrali dall'aspetto della papilla da stasi concomitante; e che le sedi cerebrali cui corrisponde più frequentemente la papilla da stasi sono: la fossa cranica posteriore, l'angolo ponto cerebellare, i lobi frontale e parietali. Più rara nei tumori della regione sellare ed in genere nei tumori della base.

Il prof. MINGAZZINI aggiunge che le papille da stasi sono, secondo la sua esperienza, anche rare nei tumori del corpo calloso e del ponte.

Sintomi generali nei tumori intracranici e nelle meningiti sierose.

Dottori M. GOZZANO e D. PISANI. — Gli OO. spiegano i risultati di ricerche statistiche eseguite su 100 casi di tumori intracranici di varie sedi, di cui 54 confermati dal reperto anatomo-patologico, e 29 di meningiti sierose. Vengono considerati i sintomi generali, specialmente rispetto alla loro precocità e successione. Tra questi la cefalea è stata trovata come unico sintoma iniziale nel 43 % dei tumori a prescindere da qualsiasi rapporto di localizzazione. Nel 26 % dei casi essa fu preceduta da altri segni, in special modo da quelli a focolaio. In 5 casi di tumori della base la cefalea fu preceduta da disturbi a carico dell'udito. Il vomito è stato trovato presente in 2/3 dei casi. Disturbi del sonno in 11 casi (sonnolenza), di cui uno solo interessante l'ipofisi. La percentuale dei disturbi psichici è del 76 % per tutte le regioni; tra essi predomina per frequenza ed imponenza il grave torpore mentale. Si sono talvolta osservate sindromi psichiche diverse (pseudo-paralisi, stati di eccitamento maniacali).

Nelle meningiti sierose la cefalea, ecc. è sintoma costante e precoce senza caratteri peculiari. La sola cranio-percossione diffusamente dolorosa può differenziarla da quella dei tumori intracranici. Contrariamente a quanto è stato ammesso da altri OO. non si è potuto dimostrare alcun rapporto tra l'intensità della cefalea e la pressione del liquor, e tra questa e la gravità dei sintomi psichici.

PISANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Insegnamenti della Bordet-Wassermann per la profilassi dell'eredo-lue.

Lo studio del valore semeiologico della R. di Wassermann nella eredo-lues è stato tentato da parecchi autori, ma le opinioni formulate fino ad ora sono tutte discordi fra loro.

Lemaire e Levy (*Paris médical*, 10 gennaio 1925) hanno eseguito, nello spazio di circa un anno nell'ospedale Trousseau, 330 Reazioni di Was. con 41 risultati positivi.

Le loro ricerche sono state praticate sia in bambini eredoluetici così detti latenti, nei quali le manifestazioni viscerali o scheletriche non erano esclusivamente di natura specifica, sia in bambini eredo-luetici in piena efflorescenza o affetti da lesioni indubbiamente specifiche, quali la malattia di Parrot.

In 8 bambini di questo secondo gruppo, la R. di Was. praticata in cinque nel sangue, in 2 nel liquido cefalo-rachidiano e 1 nel liquor e nel sangue, fu costantemente negativa, qualche volta anche dopo riattivazione mediante frizioni mercuriali. Tutti i casi comprendevano forme di sifilide cutaneo-mucose e mal. di Parrot.

Da ciò risulta evidente quindi lo scarso valore che si deve accordare ad una reazione sierologica negativa nella eredo-sifilide florida, e conseguentemente il pericolo che può derivare dal non praticare un trattamento specifico sotto il pretesto che la Wassermann è stata negativa.

Il secondo gruppo di pazienti, studiato dagli AA., comprendeva invece bambini eredo-luetici latenti, nei quali la diagnosi non poteva essere affermata che dalla Reazione di Wassermann, inquantochè nessun segno di sifilide in efflorescenza, nessuna lesione cutanea o mucosa o alterazione delle ossa proprie del naso avevano disturbato la prima infanzia e tanto meno fatto sorgere il sopetto di una sifilide ereditaria.

Di essi, 7 presentavano in apparenza una prima manifestazione di cui la natura specifica fu provata dalla reazione sierologica e confermata dall'efficacia del trattamento. In altri 22 bambini, sempre eredoluetici latenti, la R. di Wassermann fu di prezioso aiuto, per quanto gli autori affermino che vi fossero segni di sospetto che avrebbero dovuto far porre la diagnosi ed istituire un trattamento precoce, regola essenziale di una buona profilassi.

Gli AA. in base a tali casi concludono sulla necessità di ricorrere alla sierologia ogni volta che la clinica è insufficiente a stabilire la diagnosi precisa, ma se i fenomeni clinici, per i quali si ricorre all'aiuto della Wassermann, si presentano come la prima manifestazione di una sifilide ereditaria assolutamente latente, la diagnosi deve essere posta subito.

I segni di sospetto che vanno tenuti in conto sono:

a) segni ostetrici;

b) fenomeni presentati dai collaterali, quali crisi di cianosi con soffocazione, legati ad una ipertrofia timica; morti improvvise inspiegabili;

c) disturbi sopraggiunti nei pazienti stessi: convulsioni, crisi di cianosi con soffocazione, ritardo di sviluppo dell'intelligenza, della motilità, della crescenza;

d) infine segni di sospetto e anche di certezza che solo un esame completo può mettere in evidenza.

Tutti questi segni di probabilità debbono sempre richiamare l'attenzione del medico, far praticare la reazione di Wassermann e istituire un trattamento precoce. Solo una cura iniziata a tempo può impedire il sopraggiungere di lesioni gravi nervose, endocrine o ossee, che assai frequentemente insorgono nella sifilide ereditaria non curata.

A. POZZI.

Cura della sifilide ereditaria.

I. — ALLA NASCITA E NELLE PRIME SETTIMANE DI VITA.

A) Il trattamento curativo va iniziato fin dai primi giorni, basandosi sulla nozione degli antecedenti o sulla comparsa di segni caratteristici nella cute o nelle mucose.

La cura indiretta per la *via intermediaria del latte materno*, anche se fatta con gli arsenobenzoli, è insufficiente, quindi dannosa.

La cura *con soluzioni mercuriali prese per bocca* unisce i maggiori inconvenienti ai minori risultati. È causa frequente di astenia e di turbe intestinali, dannose specie in questi soggetti nei quali bisogna conservare integre le funzioni digestive.

Per chi deve forzatamente attuarla si ricorda che la dose media è di mezzo milligrammo di sostanza attiva per kg. di peso, dato in una o due volte al giorno, mista con un po' di latte... finchè lo permette la tolleranza intestinale.

Liquore di Van Swieten . . . gr. 40
Acqua distillata . . . . . . » 160

Un cucchiaino da caffè contiene un milligrammo di sostanza attiva.

Altri preferiscono il bijoduro (sciroppo di Gibert), il lattato di mercurio, ecc.

Suppositori ed impiastri mercuriali vanno riposti nel museo retrospettivo.

Le frizioni mercuriali rappresentano il metodo di scelta, a meno che non vi siano manifestazioni che minacciano la vita in maniera imminente. Unguento napoletano fin dai primi giorni: un grammo al giorno. Dopo il 15° giorno 2 grammi al giorno. Al 2° mese 3 grammi al giorno.

Le frizioni si fanno cambiando zona, lontano dagli orifizi naturali e dalle mucose, della durata da 3 a 5 minuti, lasciando poi 24 ore sul posto il resto della pomata. (*Non è migliore pratica adoperare meno pomata, ma frizionare molto più di 5 minuti?*). Ciò che importa è continuare la cura a lungo, per 2 o 3 anni almeno, facendo poi seguire ancora ulteriori periodi curativi. Si può così iniziare e continuare una prima serie di frizioni per 2 mesi: poi seguitare tutto l'anno per 15-20 giorni al mese: al 2° anno 12 giorni al mese: durante il 3° anno fare 4-5 serie e poi stare a vedere.

B) Nei neonati prematuri ed atrepsici oltre le cure del caso s'impone anche il trattamento specifico: ma le frizioni sono insufficienti. Vere resurrezioni vengono date dalle *iniezioni intramuscolari* o *endovenose di arsenobenzolo*, della cui tecnica si parla in seguito.

II. — NEL DECORSO DEI PRIMI ANNI.

Il bambino, trattato o no, ha passati i primi mesi. Vicino alle frizioni, si impongono:

1) *Le iniezioni ipodermiche* di mercurio, di arsenobenzoli, di bismuto.

A) *Mercurio.* — I *sali insolubili* sono da sconsigliarsi fino a 3 anni per le forti reazioni locali.

Egualmente doloroso è il *benzoato di mercurio* (mezzo milligrammo per chilo di peso al giorno).

Benzoato di Hg. 0.10
H^2O . . . . gr. 50

Questa soluzione contiene 2 mmgr. per cmc. Una al giorno o ogni 2 giorni, fino a 12-15 iniezioni intramuscolari.

Il *bijoduro di Hg.*, nelle stesse dosi, è meno doloroso.

Il *cianuro di Hg.* è sopportato meglio: la dose è di un terzo di milligrammo per chilo di peso: va sorvegliata la sua azione sull'intestino.

B) *Arsenobenzoli.* — Il *novarsenobenzolo* si adopera sciolto in veicolo glucosato o guaiacolato, alla dose iniziale da mezzo ad un cetgr. per kg. di peso, 3 volte la settimana. Si aumenta in modo progressivo e la serie si compone di 10-12 iniezioni.

Il *sulfarsenol* è meglio tollerato, specie per la via sottocutanea. In un bambino di 3 mesi si comincia con un ctgr. e si aumenta mezzo ctgr. per volta fino a 5, 6, 7 ctgr. facendo in tutto 12-15 iniezioni.

L'*eparseno* dà maggiori reazioni locali: si consiglia per iniezioni settimanali da mezzo a 3 ctgr.

Per tutte ci vuole prudenza, alternando la via sottocutanea a quella endomuscolare.

C) *Bismuto.* — Sembra avere effetto pari agli arsenobenzoli per la cicatrizzazione delle lesioni, inferiore per l'influenza sullo stato generale, e, sovratutto, sull'intestino.

Sono da preferirsi i sali solubili agli insolubili, alla dose di 2 mmgr. di bismuto-metallico per anno di età e per settimana.

Per regola generale si consigliano cure miste alternando, per es., le frizioni alle iniezioni (preferendo fra queste il sulfarsenol e l'eparseno).

2) *Iniezioni endovenose.* — È opinione unanime che i risultati sono eccellenti e la tolleranza è meravigliosa. Difficile invece è la tecnica.

Scartate le vene degli arti, sottili e poco visibili, il seno longitudinale (che ha nel suo attivo qualche successo, ma anche qualche autopsia), la giugulare esterna che costituisce anche essa (specie in pratica privata) un piccolo dramma, restano quale via di scelta le *vene epicraniche*. Queste sono ben visibili e rigonfie, specie se il bambino piange, e poco scorrevoli nel sottostante piano osseo. Il piccolo paziente si avvolge in un panno, si regge fermo sulle ginocchia, fissando la testa; si adopera un ago molto corto (un cm.) e molto fine, preferendo la regione temporale.

La questione delle dosi è discussa: da un quarto di centgr. ad un centgr. e mezzo per chilo: si prenda la via di mezzo, e si aumenti adattandosi alle reazioni.

Certo è che le crisi nitritoidi nei bambini sono eccezionalissime: in caso di intolleranza si consiglia di dare prima al bambino 1 o 2 mmgr. di adrenalina per bocca. In caso di crisi se ne inietti metà della dose suindicata.

Se persiste intolleranza non vi è nessuna ragione a seguitare la via endovenosa, essendo sufficiente la via cutanea, sottocutanea ed endomuscolare.

III. — EREDOSIFILIDE CON MANIFESTAZIONI O DIAGNOSI TARDIVA.

Fino al 5° o 6° anno il bambino avrà il trattamento esposto più in alto. Più tardi sono applicabili i principii terapeutici che valgono per gli adulti sia come tecnica, che come dose e come durata del trattamento.

Su questo però è bene insistere: le lesioni guariscono facilmente: non così la malattia. Più la

diagnosi è tardiva, più la cura deve esser lunga e regolarmente intermittente.

(Dott. M. CARLE. *Le Jour. de méd. de Lyon*, n. 114).

PERSIA.

Il trattamento della sifilide nel periodo di incubazione.

Lacapère consiglia di usare dopo il coito sospetto e prima della comparsa dell'ulcera:

1) *Gli arsenobenzoli*: se la cura si intraprende nella prima settimana possono bastare tre iniezioni di 914 (cg. 15, 30, 45) ma è meglio farne cinque (aggiungendovi le iniezioni di cg. 60 e 90). Se la cura si inizia nella seconda settimana, si faranno otto iniezioni, cioè, come nel primo caso, più altre tre supplementari di 90 cg. Se il trattamento si inizia nella terza settimana, le iniezioni saranno dieci, facendo poi una o due serie di iniezioni di sali di bismuto insolubile. L'uso esclusivo del bismuto non è consigliabile.

2) *Gli acidi arsenici*, somministrati per bocca e cioè: lo stovarsol, in compresse da 25 cg. da prenderne 3-4 al mattino, a digiuno mezz'ora prima di colazione, continuando per 3-4 giorni, poi sospendendo per altri 3-4 giorni e riprendendo; seguitare così per 3-4 settimane. Si può arrivare fino a 6-8 compresse senza inconvenienti salvo di tanto in tanto qualche nausea o degli eritemi cutanei. Si sorveglierà il malato e si praticherà la Wassermann in serie. Analogamente si prescrive il treparsol, che, secondo Simon (*Journal des praticiens*, 21 marzo 1925) si continua per 8-10 settimane. Questo medicamento può dare febbre, diarrea, lieve cefalea. Esso è meno sicuro che lo stovarsol il quale, a sua volta è meno efficace che gli arsenobenzoli.

fil.

La sifilide delle ossa lunghe nella prima infanzia.

M. Péhu e J. Enselme (*Journal de médecine de Lyon*, anno V, n. 116), oltre alla forma già bene conosciuta dell'osteocondrite acuta e subacuta (morbo di Parrot); distinguono:

1) Una forma iperostosante, che dà il quadro di una periostite localizzata, diffusa o generalizzata. Spesso non dà sintomi clinici ed è rivelata soltanto dalla radiografia; l'intensità e la diffusione dell'inspessimento periosteo sono tali che anche il profilo osseo ne viene modificato e se ne hanno delle apparenze di epifisi in un'età in cui, allo stato normale, la radiografia non ne rivela.

2) Forma osteomalacica od osteoclasiante; varietà poco nota, di cui gli AA. riportano tre osservazioni. In esse il tessuto osseo era eccessivamente debole, sicchè si erano prodotte fratture multiple verificate alla radiografia ed alla necropsia.

3) Forma gommosa. Contrariamente a quanto si osserva nella seconda infanzia, è assai rara e gli AA. non ne riportano che una sola osservazione.

fil.

La sifilide dell'esofago.

A Sargnon e D. Dupasquier (*Journal de médecine de Lyon*, anno V, n. 114) riportano un caso clinico in cui la stenosi esofagea esistente era stata ritenuta, in base all'esofagoscopia, di natura sifilitica. Invece l'autopsia dimostrò trattarsi di un neoplasma.

La sifilide terziaria dell'esofago, che è la forma meglio conosciuta ed individualizzata, è molto rara; le osservazioni autentiche sono in numero esiguo. La diagnosi è sempre di grande difficoltà ed anche quando è accuratamente discussa, può essere erronea; essa deve basarsi sopratutto sull'esofagoscopia che può permettere la biopsia e sul trattamento di prova.

fil.

La mediastinite sifilitica.

Anatomicamente, la mediastinite sifilitica consiste nell'obliterazione del mediastino superiore attorno ai grandi vasi della base cardiaca. Il tessuto vascolare si viene trasformando in scleroso; alla radioscopia si rileva la opacità totale di tutto il mediastino ed, in posizione obliqua anteriore destra, un'oscurità più o meno completa dello spazio compreso fra la faccia anteriore del rachide ed il sistema cardioaortico.

Clinicamente, la malattia si traduce con sintomi di compressione: 1) compressione venosa; che si esplica con vertigini, cefalee, ronzii d'orecchio che si esagerano al minimo movimento e con edema più o meno intenso della faccia del torace, degli arti superiori accompagnato talvolta da cianosi; 2) compressione dei laringei, con crisi di soffocazione e disturbi di fonazione; 3) compressione delle vie respiratorie con dispnea più o meno intensa fino al *tirage;* all'ascoltazione si rileva una diminuzione generale del murmure vescicolare e talora un respiro soffiante nello spazio interscapolovertebrale; 4) compressione dei tronchi nervosi vicini (manifestantesi con dolori diversi) e dell'esofago.

A seconda del predominio dell'una o dell'altra serie di fenomeni si hanno forme diverse (venosa, respiratoria, ecc.).

A. Galliot (*Journal de médecine de Paris*, 1925,

n. 22) osserva però che vi sono delle forme larvate in cui la mediastinite può essere soltanto sospettata, e riporta due casi in uno dei quali si aveva soltanto discreta dispnea da sforzo, fatica e disturbi della respirazione al minimo esercizio e piccola tosse secca: all'esame si trovava unicamente diminuzione del murmure vescicolare. Nell'altro caso si trattava di un uomo di 68 anni che soffriva di disturbi dispnoici con stanchezza generale ed asma; l'ascoltazione non rivelava che un respiro molto superficiale da enfisematoso. In entrambi i casi, la radiografia fece rilevare l'integrità quasi totale dei campi polmonari e, nel primo, l'oscurità del tratto periaortico, ed anche nel secondo l'oscurità dello spazio retrocardiaco.

La diagnosi della mediastinite sifilitica si fa soprattutto con la radiografia del mediastino in posizione obliqua anteriore destra: la presenza di oscurità nella regione retrocardiaca dà la quasi sicurezza della diagnosi. La mediastinite cancerosa si accompagna a gravità dello stato generale, quella tubercolare è essenzialmente dovuta ad adenopatia tracheobronchiale.

La mediastinite sifilitica può aversi, oltre che nella sifilide acquisita, anche in quella ereditaria; è importante una diagnosi precoce, perchè si tratta di forma che risponde ottimamente al trattamento arsenobenzolico. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'importanza dello scroto per la funzione del testicolo.

C. R. Moore (*Endocrinology*, v. VIII, n. 4), in base a ricerche sperimentali, mette in rilievo l'importanza per il testicolo dello scroto, il quale sarebbe indispensabile, non solo per la differenziazione completa delle cellule germinative, ma anche per la persistenza delle cellule già differenziate.

Lo scroto agirebbe soprattutto come termoregolatore. Di fatto, se per mezzo di impacchi caldi si aumenta la temperatura che si ha normalmente allo scroto e che è di circa 8° inferiore a quella centrale, il testicolo degenera, come accade mettendo il testicolo in bagno di acqua a 47° per 5 minuti. Ad analoghe conclusioni è arrivato Fukui, dimostrando la grande sensibilità del testicolo al calore. L'assenza di scroto nei monotremi non costituisce un argomento contro tale modo di vedere, poichè esistono differenze morfologiche e fisico-chimiche troppo accentuate tra questi esseri e gli altri mammiferi perchè si possa fare un esatto paragone.

fil.

Appartenenza della parotide alle glandole endocrine.

H. Goldblatt (*Centralblatt f. inn. Med.*, n. 28, 1925) osserva che esperienze cliniche e ricerche sperimentali rendono verosimile l'appartenenza della parotide al sistema endocrino. Le parotidi s'ingrandiscono in diversi disturbi endocrini ipo- o disfunzionali. Si sono osservate tumefazioni parotidee in disturbi mestruali, in disturbi utero-ovarici e nel linfatismo; talvolta anche in alcune miopatie e in disturbi psichici. I rapporti fra le parotidi e le altre glandole endocrine sono anche dimostrati dalle frequenti lesioni genitali, che si hanno nel corso della parotide epidemica e dai casi di pancreatite parotitica.

POLL.

VARIA.

L'affaticamento nel lavoro domestico.

Vi è una forma di affaticamento che finora è stata trascurata da quanti si occupano dei problemi del lavoro ed è quella che si svolge oscura, silenziosa ed ignorata fra le pareti della casa per parte della donna che attende alle faccende domestiche. Tale lavoro è costituito da un insieme di contrazioni muscolari multiple, che si ripetono da secoli, in un compito che si rinnova incessantemente con sforzi numerosi e svariati, che riescono esaurienti anche perchè generalmente sono male regolati. L'aiuto di una persona di servizio può diminuire questo esaurimento; in qualche caso, non troppo frequente ai giorni nostri, non fa che spostare il problema, riversando tutto l'affaticamento sulla « serva » la quale però non ha mai tutto il lavoro che incombe alla donna di casa che, da sola, deve pensare all'andamento della famiglia. La maggior parte delle famiglie della piccola borghesia e del ceto operaio non possono però permettersi un aiuto di tal genere che, ai giorni nostri col rincaro della vita, è diventato una spesa di lusso.

Il lavoro che la donna di casa compie è soprattutto lavoro muscolare: continuo andare e venire per la casa, alzare dei pesi (mobili, materassi nel rifare il letto, ecc.), scendere e salire le scale talvolta al quinto od al sesto piano, con pesi non indifferenti (cesti di provviste, secchi d'acqua dove non vi sia la distribuzione nella casa). Si pensi alla somma di lavoro ed alle posizioni faticose che sono necessarie in uno dei più frequenti lavori casalinghi, quello del bucato, in cui si esigono anche sforzi muscolari di

una certa entità troppo spesso sproporzionati alle forze della donna. Un'altra causa di affaticamento è data dalla stazione eretta, tenuta per quasi tutta la giornata, spesso per necessità, talora per abitudine e che è causa, almeno predisponente, di edemi ai piedi ed alle caviglie, di varici, di piede piatto. Il prolungato e frequente contatto con acqua calda, liscivia e soluzioni saponose, nella rigovernatura e nel bucato è causa dei frequenti eczemi che si trascinano a lungo appunto perchè non è possibile togliere la causa.

Concause estenuanti, che possono continuare per lunghi periodi, sono la gravidanza, l'allattamento, le cure per i figli ai quali, allorchè sono in tenera età, la madre deve continuamente prestare attenzione. Nè il riposo notturno è sempre assicurato perchè talora disturbato dal piagnisteo dei figli e spesso insufficiente per durata. A tutto questo si aggiungano le preoccupazioni di ogni genere sia finanziarie per far rientrare nel non lauto bilancio tutte le spese necessarie, sia per la salute delle persone di casa, per le disoccupazioni, e si aggiunga la mancanza di quello svago che è concesso all'uomo per il solo fatto di uscire di casa, anche se debba compiere un lavoro pesante e che la donna non ha, sempre obbligata a rimanere nello stesso ambiente ed a compiere un lavoro che, pur nelle sue svariate manifestazioni, finisce per essere monotono e snervante.

E questo lavoro, per cui la donna di casa, anche se non vi rimette la salute, sfiorisce rapidamente, non è seriamente preso in considerazione da nessuno. Non dai propagandisti sociali di qualsiasi colore, non dall'uomo il quale trova che esso rientra nell'ordine naturale delle cose, non dalla donna che vi si sottomette, anche per un certo spirito di abitudine, non dalle femministe, le quali si preoccupano di dare il voto alle donne, ma ignorano probabilmente che cosa sia il lavoro domestico.

Bisogna, d'altra parte riconoscere che a tale stato di cose non è agevole porre rimedio. Nelle grandi città alcune di queste fatiche possono essere risparmiate se vi sono dei servizi bene organizzati, ma sempre a scapito del bilancio domestico troppo spesso insufficiente per poter ricorrere a tali mezzi.

Comoda ed utile sarebbe l'adozione di macchine casalinghe, di cui vi sono tipi veramente pratici, come lisciviatrici, macchine per la lavatura dei piatti, spolveratrici meccaniche. Anche per queste però il costo elevato è proibitivo per la maggior parte delle famiglie; la macchina per la lavatura dei piatti, per esempio, ha un prezzo che si aggira sulle 10,000 lire ed esige inoltre una spesa non indifferente per il funzionamento (energia elettrica, gas) per cui il consigliarne l'uso a modeste famiglie di impiegati o di operai sarebbe una beffa atroce.

Qualche miglioramento si potrebbe ottenere con adatti insegnamenti, i quali dovrebbero comprendere non solo le modalità per compiere i lavori domestici nel modo più acconcio, ma anche degli esercizi muscolari generali e specializzati per tali lavori. Parte importantissima quest'ultima, sia per non fare un inutile dispendio di forze, sia anche per evitare disturbi conseguenti a sforzi mal fatti.

Di grande utilità potrebbe essere l'organizzazione del lavoro nel senso della taylorizzazione, còmpito questo che, se non è facile per il lavoro industriale, è di grande difficoltà per quello domestico, il quale, anche per le diversità di ogni genere degli ambienti in cui si esplica, mal si presta ad essere standardizzato. Un grave ostacolo si avrebbe inoltre nella ripugnanza ostile che ha in generale la donna per ogni cosa nuova che troppo l'allontani dalle abitudini in cui è tracciata la sua via.

Il medico può intervenire ed ovviare a molti degli inconvenienti che può produrre il lavoro sregolato, con una sorveglianza sullo stato fisico, correggendo le eventuali infermità che aggravano la posizione (affezioni vescicali, ptosi addominale, ecc.), prescrivendo un'adatta alimentazione e consigliando, ai primi sintomi di intolleranza al lavoro, il riposo in posizione orizzontale con i piedi rialzati e le cure ricostituenti del caso.

A. Filippini.

Contro i rumori stradali.

L'Ordine dei Medici della Provincia di Roma ha approvato, fin dal 2 gennaio u. s., su proposta del prof. Zevi, il seguente ordine del giorno, reso ora di pubblica ragione.

« Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma preoccupato dall'evidente danno cagionato al sistema nervoso della cittadinanza dai rumori prodotti dai veicoli a motore (camions, motociclette e tram) e più ancora dalle trombe e rumori striduli delle automobili e in genere da tutti i sistemi e meccanismi che, messi in azione con l'intendimento di avvisare del pericolo di investimento il passante, finiscono spesso di essere causa indiretta di sciagure per lo sbalordimento prodotto dal rumore stesso, specie nei minorati del sistema nervoso, fa caldi voti che il Governo nazionale e le Amministrazioni locali, resisi conto del danno igienico sociale che incombe sul Paese, emanino al più presto norme tecniche e amministrative adatte a riparare al grave stato di cose giornalmente aggravantesi per l'aumento del traffico ».

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA

Il disegno di legge per la protezione ed assistenza della maternitá e dell'infanzia.

Riassumiamo le disposizioni principali del disegno presentato dall'ufficio centrale del Senato.

È istituito un ente morale, con sede in Roma, denominato « Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia ».

L'Opera Nazionale non è soggetta alle leggi e ai regolamenti che disciplinano le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza; sono però ad essa estese tutte le disposizioni di favore vigenti per le dette istituzioni.

L'Opera è amministrata da un consiglio centrale composto di ventisette membri, e cioè di due senatori e due deputati, nominati dalle rispettive assemblee per la durata della legislatura e di ventitrè membri nominati con decreto Reale, su proposta del ministro dell'interno.

I membri nominati con decreto Reale si rinnovano per intero ogni quadriennio e gli uscenti possono essere riconfermati.

Il Presidente e il Vice presidente, da scegliersi fra i consiglieri, sono nominati con Decreto Reale, su proposta del ministro dell'interno, durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati.

In seno al Consiglio centrale è costituita una giunta esecutiva, composta del Presidente e del Vice presidente dello stesso Consiglio, di due fra i quattro membri del Consiglio designati dal ministro dell'interno e di altri cinque membri, scelti dal Consiglio stesso fra i suoi componenti e possibilmente fra quelli residenti a Roma.

Sono considerati soci dell'Opera coloro che con elargizioni o con periodici contributi concorrono al conseguimento dei fini dell'ente.

I soci si distinguono in benemeriti, perpetui e temporanei.

Sono soci benemeriti coloro che abbiano elargito a favore dell'Opera una somma non inferiore a lire 30 mila.

Sono soci perpetui coloro che versino in una sola volta la somma di lire 500.

Sono soci temporanei coloro che, mediante sottoscrizione, si obblighino a pagare annualmente la somma di lire 60 per un periodo minimo di anni cinque.

Le associazioni e gli enti morali possono essere iscritti fra i soci, versando il doppio della somma richiesta per i soci individuali.

L'Opera Nazionale provvede, sia direttamente, sia per mezzo dei suoi organi provinciali e comunali, con le modalità stabilite nel regolamento, alla protezione e all'assistenza delle gestanti e delle madri bisognose o abbandonate, dei bambini lattanti e divezzi sino al quinto anno, appartenenti a famiglie bisognose, dei fanciulli fisicamente o psichicamente anormali, e dei minori materialmente o moralmente abbandonati, traviati e delinquenti, sino all'età di anni diciotto compiuti. Con le provvidenze dirette a questi scopi l'Opera Nazionale integra le opere già esistenti di protezione della maternità e della infanzia e ne favorisce le iniziative. Favorisce inoltre la diffusione delle norme e dei metodi scientifici d'igiene prenatale e infantile nelle famiglie e negli istituti, anche mediante l'istituzione di ambulatori per la sorveglianza e la cura delle donne gestanti specialmente in riguardo alla sifilide; di scuole teorico-pratiche di puericultura e corsi popolari d'igiene materna e infantile; organizza, d'accordo con le amministrazioni delle provincie, con i consorzi provinciali antitubercolari, istituiti dalla legge 24 luglio 1919, n. 1382, con le altre istituzioni menzionate nei Regi decreti 30 dicembre 1923, nn. 2839 e 2889, nonchè con gli ufficiali sanitari dei singoli comuni e con le autorità scolastiche, l'opera di profilassi antitubercolare dell'infanzia e la lotta contro le altre malattie infantili; invigila l'applicazione delle disposizioni legislative e regolamentari in vigore per la protezione della maternità e della infanzia; promuove, quando ne ravvisi l'opportunità, la riforma di tali disposizioni, per il miglioramento fisico e morale dei fanciulli e degli adolescenti.

L'Opera Nazionale è investita di un potere di vigilanza e di controllo su tutte le istituzioni pubbliche e private per l'assistenza e protezione della maternità e dell'infanzia, e, nell'esercizio di tale potere, ha la facoltà di provocare dalle competenti autorità governative i provvedimenti d'ufficio eventualmente necessari, e di promuovere, in particolar modo, la sospensione e lo scioglimento delle amministrazioni delle istituzioni pubbliche e la chiusura degl'istituti pubblici e privati.

Restano ferme le disposizioni della legge 17 luglio 1890, n. 6972 e del Regio decreto 30 dicembre 1923, n. 2841, relative alla tutela e alla vigilanza governativa sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Nell'esplicazione dei suoi compiti integrativi, l'Opera Nazionale ha la facoltà:

a) di fondare istituzioni di assistenza materna, casse di caternità, opere ausiliarie dei brefotrofi per la tutela delle madri bisognose e abbandonate, che allattano la loro prole, ed altre

istituzioni a favore della maternità e dell'infanzia, là dove l'assistenza risulti deficiente, o di promuoverne la fondazione;

b) di sovvenzionare le istituzioni che dispongano di inadeguate risorse patrimoniali;

c) di provvedere al coordinamento di tutte le istituzioni pubbliche e private per l'assistenza della maternità e dell'infanzia, indirizzandone le attività secondo i più urgenti bisogni della popolazione locale e promuovendo, all'uopo, la revisione dei relativi statuti e regolamenti e, nei riguardi delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ogni altra riforma consentita dalle leggi in vigore.

Seguono disposizioni concernenti il patrimonio dell'ente.

In ogni provincia è costituita, fra tutte le istituzioni pubbliche e private aventi per fine la protezione e l'assistenza della maternità dell'infanzia, una federazione diretta da un consiglio composto del presidente e otto consiglieri, scelti, tra i presidenti e i direttori delle istituzioni federate, dalla Giunta esecutiva dell'Opera Nazionale. Del Consiglio fa parte di diritto il Medico provinciale.

Il Consiglio direttivo di ogni federazione provinciale:

1° provvede alla esecuzione delle disposizioni impartite dall'Opera Nazionale e al normale svolgimento dei servizi di protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia nell'ambito della provincia, dirigendo e coordinando le attività delle istituzioni pubbliche e private, vigilando sul funzionamento di tali istituzioni, sull'opera dei patroni, istituiti con l'articolo 10 della presente legge, e in genere sull'applicazione delle leggi protettrici della maternità e dell'infanzia;

2° segnala all'Opera Nazionale le istituzioni pubbliche e private delle provincie, e le persone che si rendono benemerite delle opere di assistenza della maternità e dell'infanzia, riferisce periodicamente sull'andamento dei servizi, propone i provvedimenti che ritenga necassari per migliorarli e dà parere sulle domande di sovvenzione presentate dalle dette istituzioni.

In ogni comune l'attuazione dei compiti dell'Opera Nazionale è affidata a patroni dell'uno e dell'altro sesso, scelti dal Consiglio direttivo della Federazione provinciale tra persone di indiscussa probità e rettitudine e possibilmente esperte in materia di assistenza materna e infantile.

Per il coordinamento delle loro attività, i patroni sono riuniti, nei singoli comuni, in uno o più comitati di patronato.

Gli ospedali, asili di maternità e altri congeneri istituti hanno l'obbligo di provvedere, nei limiti dei posti disponibili, all'assistenza delle gestanti che abbiano compiuto l'ottavo mese di gravidanza, delle partorienti e delle puerpere fino a quattro settimane dopo il parto, ancorchè si tratti di donne che, secondo le relative norme statutarie, non abbiano titolo al ricovero gratuito nell'istituto; salvo in questo caso il diritto al rimborso delle spese di assistenza a norma dell'art. 34 del Regio decreto 30 dicembre 1923, numero 2841, e salvo il disposto del secondo comma dell'art. 14 della legge.

Le norme degli articoli 6 e 10 del testo unico della legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli approvato con Regio decreto 10 novembre 1907, n. 818, e del relativo regolamento, concernenti il periodo di riposo per le puerpere e i riposi per l'allattamento, sono applicabili anche alle donne impiegate in stabilimenti dello Stato e di altri enti pubblici, in quanto ad esse non provvedano disposizioni ugualmente favorevoli di particolari leggi e regolamenti.

Seguono speciali norme di protezione dei fanciulli abbandonati materialmente o moralmente, o allevati fuori della dimora dei genitori, o in locali insalubri e pericolosi, ecc., e norme concernenti divieti di impiego nella preparazione di spettacoli pubblici e divieti di ingresso nelle sale degli spettacoli.

Sono vietati nelle scuole, nei convitti e in tutti gli Istituti di educazione e di ricovero la somministrazione e l'uso di bevande alcooliche ai fanciulli e adolescenti comprendendosi fra tali bevande anche il vino.

È vietato ai pubblici esercenti di somministrare ai fanciulli e adolescenti qualunque bevanda alcoolica.

Negli esercizi di vendita al minuto di qualsiasi bevanda alcoolica non possono essere impiegati fanciulli e adolescenti, dell'uno e dell'altro sesso, minori di anni diciotto compiuti, fatta eccezione per le persone della famiglia dell'esercente.

È in facoltà dei prefetti di vietare, per ragioni di moralità o di ordine pubblico, l'impiego nei detti esercizi di donne anche maggiori di anni diciotto.

I contravventori alle disposizioni del presente articolo sono puniti a norma dell'art. 489 del codice penale, salvo per i pubblici esercenti la revoca della licenza a norma dei primi due capoversi dell'art. 10 della legge 19 giugno 1913, n. 632 contro l'alcoolismo.

È vietato di vendere o somministrare tabacco in qualsiasi forma a fanciulli o adolescenti, sotto pena della ammenda sino a lire duecento e della confisca del tabacco venduto o somministrato.

È vietato ai fanciulli e agli adolescenti minori dei 15 anni di fumare in luogo pubblico sotto pena dell'ammenda di lire cinque e della confisca del tabacco che essi portino indosso.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Rapporti tra cliniche e ospedali.

La *Gazzetta Ufficiale* del 14 luglio, n. 161, pubblica il regolamento per l'esecuzione del R. Decreto-Legge 10 febbraio 1924, n. 549, approvato con R. Decreto 21 maggio 1925, n. 1144, sui rapporti fra le Cliniche delle Facoltà medico-chirurgiche e le amministrazioni degli Ospedali. Il regolamento consta di 13 articoli.

Lo riporteremo in un prossimo numero.

L'Università di Milano a favore degli assistenti.

La Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Milano in una seduta tenuta il 1° aprile 1925, ha approvato all'unanimità un ordine del giorno con cui, dichiarandosi gravemente preoccupata delle condizioni giuridiche ed economiche in cui si trovano gli aiuti e assistenti universitari, ritiene che lo Stato debba provvedere ad una sollecita revisione di quella parte della legge sull'istruzione superiore che li riguarda. « Basta infatti considerare che essi costituiscono il vivaio dei futuri professori universitari e che qualsiasi legge che li metta in condizione di inferiorità morale o materiale, minaccia seriamente l'insegnamento universitario del domani. La Facoltà reputa necessario che gli aiuti ed assistenti siano riassunti ed inquadrati in qualità di impiegati dello Stato, con tutti i diritti presenti e futuri inerenti a tale condizione, e fa voti vivissimi a che il Ministero riprenda in esame la questione dell'assistentato, considerandola come di vitale importanza per l'avvenire dell'Università italiana e della vita scientifica della Nazione ».

Divieto di dare incarichi per materie non contemplate nei singoli statuti.

Con circolare 10 luglio il ministro della Pubblica istruzione ha inviato ai rettori delle Università ed ai direttori di Istituti e Scuole superiori la seguente circolare:

« È pervenuta notizia al Ministero che presso qualche Università o Istituto superiore si sono svolti e sono stati retribuiti corsi speciali che non sono previsti dallo Statuto; mentre non si sono svolti o non sono stati retribuiti alcuni corsi aventi carattere ufficiale secondo l'ordinamento delle Facoltà e Scuole.

Reputo opportuno di ricordare che, a norma delle vigenti disposizioni sull'ordinamento dell'istruzione superiore, l'organizzazione didattica delle Università e degli Istituti superiori deve essere solo quella stabilita negli Statuti universitari e debbono perciò essere retribuiti soltanto quegli insegnamenti che dagli Statuti sono contemplati.

Per la istituzione di nuovi corsi o di nuovi insegnamenti è necessario che si provveda con modifiche negli Statuti ».

Dopo ciò il ministro chiede informazioni per ogni Ateneo sull'argomento.

Cronaca del movimento professionale.

Tariffe dei certificati medici per le Società di Assicurazioni.

Al Congresso Nazionale della Corporazione Sanitaria si discusse a lungo sopra questa forma di sfruttamento dell'opera medica, alla quale le Società di Assicurazioni hanno esse stesse fissato un quid (15, 20) lire per la redazione di certificati minuti e completi e investenti a carico del medico non lieve responsabilità.

Perciò il segretario generale del Sindacato Fascista dei Medici condotti per accordi presi coi diversi Sindacati Medici rappresentanti all'ultimo congresso della Corporazione Nazionale dell'Arte Sanitaria, fa invito formale a tutti i medici condotti iscritti al Sindacato di non rilasciare certificati o relazione medica per Società di Assicurazioni se non dietro un compenso di almeno L. 50. Tale invito è conforme a quanto è stato stabilito nel Congresso della Corporazione non solo, ma anche a quanto hanno stabilito nella quasi totalità le assemblee degli Ordini Sanitari del Regno, e cioè che per i certificati per Società di Assicurazioni spetta al medico un compenso di L. 50.

In difesa di un collega.

Il Sindacato Naz. Fascista Medici condotti di Girgenti ha elevato protesta contro la deliberazione del Comune di Sciacca, che licenziava dalla condotta il socio dott. Molinari, mentre la G. P. A. aveva stabilito che la riduzione delle condotte di quel Comune doveva aver luogo soltanto quando uno dei tre attuali sanitari fosse andato in pensione.

Di tale protesta per un fatto che minaccia la compagine del Sindacato, fu data notizia alla segreteria della Federazione provinciale dei Sindacati e alle competenti autorità.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APPARIZIONE (*Genova*). Scad. 31 ag. Vedi fasc. 31.

BORGHETTO VARA (*Spezia*). Al 25 ag., ore 18; L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicl. e L. 500 se uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi. Tassa L. 50.15.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Medico primario; lire 6000 (*sic*). Docum. agli Uffici d'Ammin. (v. Moretto 42) non più tardi delle ore 17 del 15 sett. Età lim. 45 a. (ex combatt. 50). Chiedere annunzio.

CALTAGIRONE (*Catania*). — Per Mussolinia; lire 10,000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 cav.; alloggio non arredato. Età mass. 45 a. Scad. ore 12 del 25 ag.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE. *Congregaz. di Carità.* — Alle ore 17 del 31 ag. Direttore medico dell'Ospedale Psichiatrico gestito dalla Congreg. per convenz. con l'Amministr. Provinc.; L. 14,000 e quadrienni decimo; due c.-v. Età mass. 45 a.

Tassa L. 50.10 al Presidente. Docum. a 3 mesi dal 28 luglio.

A tutto il 31 ag. aiuto medico-chirurgo dell'Ospedale Civile: L. 6000 comprensive delle indennità c.-v.; 10 % importo atti operativi e tasse di cura ammalati dozzinanti; divieto di esercizio libero; obbligo pernottamento. Età lim. 35 a. Docum. a 3 mesi dal 20 luglio.

Chiedere annunzi.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Mandamentale di S. Giuseppe.* — Chirurgo primario. Vedi fasc. 31. Scad. ore 20 del 20 ag.

FORMIGINE (*Modena*). — 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; trasp. L. 2500. Scad. 30 ag.

GENOVA. *Laboratorio terapia sperimentale* (prof. A. Bruschettini). — Disponibile posto d'assistente. Stipendio e ogni mezzo di studio animali compresi a disposizione. Richiedesi conoscenza profonda tecnica batteriologica. Indispensabile conoscenza lingua francese e possibilmente tedesca.

ISOLA DEL LIRI (*Caserta*). — 2ª condotta; abit. 10,000; stip. L. 7000; cinque quadrienni decimo; cav. L. 2400; età non superiore 40 a. Scad. 15 sett.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONTECASTELLO VIBIO (*Perugia*). — A tutto 31 agosto. Vedi fasc. 31.

MORNESE (*Alessandria*). — Con Montaldeo; lire 7000 per 300 pov., 4 quinq. decimo; trasp. L. 500; uff. san. L. 500. Scad. 31 ag.

PAVULLO (*Modena*). — 4ª cond. e direz. gabinetto di radioscopia Ospedale Civile. Vedi fasc. 31. Scad. ore 18 del 20 ag.

PLATACI (*Cosenza*). — Ab. 1818; L. 7000 e addizion. L. 1000 se oltre 20 % pov.; 5 quadrienni dec.; uff. san. L. 1000. Scad. 25 ag.

POGGIO IMPERIALE (*Foggia*). — Al 30 ag.; L. 9000 e 4 quadr. dec.; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — Proroga 31 ag.

RANZO (*Imperia*). — Proroga 31 ag.

ROCCALBEGNA (*Grosseto*). — Al 20 ag., 2ª condotta; L. 9700 e 5 quadrienni decimo; L. 2000 cav.; c.-v. L. 1200 se famiglia, L. 600 se celibe; assicur. Tassa L. 50.10 al Cassiere com. Docum. a 6 mesi. Serv. entro 20 gg.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17; per informazioni rivolgersi Segreteria.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Med. chir. assist. straordin.; L. 4500 (*sic*); titoli ed esami. Docum. al Protocollo non più tardi delle ore 17 del 25 ag. Tassa L. 50 al Tesoriere. Età mass. 30 a. Chiedere annunzio.

CONCORSI A PREMIO.

R. Istituto Veneto di Scienze, Lettere ed Arti.

Fondazione Querini Stampalia. — Tema: « Chiarire con ricerche originali l'influenza delle radiazioni X sul decorso della infezione malarica specialmente nei riguardi terapeutici ». Scad. 31 dicembre 1925. Premio di L. 4000.

Tema: « Gian Vincenzo Pinalli a Padova e la sua biblioteca ». Scad. 31 dicembre 1925. Premio di L. 4000.

Fondazione Balbi-Valier. — Sarà conferito un premio di L. 3000 all'italiano « che avrà fatto progredire nel biennio 1923-24 le scienze mediche e chirurgiche, sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio ». Premio fuori concorso. Scad. 31 dicembre 1925. Non può essere conferito ai membri del R. Istituto Veneto.

Fondazione Angelo Minich. — Tema: « Conseguenze delle lesioni traumatiche del sistema nervoso centrale studiate lungo il loro decorso ». Scad. 31 dic. 1925. Premio di L. 15,000.

Tema: « Influenza delle glandole endocrine nell'evoluzione dei tumori sperimentali ». Scad. 31 dicembre 1927. Premio di L. 9000.

Ai concorsi per i premi di Fondazione Minich non possono partecipare che italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto.

Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

Premio Locatelli. — Concorso per l'anno 1925-1926; lire 1000, non divisibili, da assegnarsi all'autore del miglior lavoro, a giudizio dell'apposita commissione esaminatrice, sul tema: « Le dermatosi scolastiche ».

Il lavoro avrà scopo di propaganda igienica e sarà quindi svolto con criteri scientifici, ma in forma popolare e tale da poter essere letto con profitto, oltre che dai medici non specialisti, anche da tutti coloro ai quali, per ragioni d'insegnamento, di educazione, di custodia, ecc. sono affidati dei bambini in età di frequentare le scuole.

I lavori presentati al concorso dovranno essere inediti, scritti a macchina o stampati. Essi saranno inviati in piego postale raccomandato al Segretario dell'Associazione prof. Roberto Terzaghi, Roma - Via Napoli, 5, non oltre il 30 maggio 1926. I lavori giunti dopo questo termine non saranno presi in considerazione. Gli autori dovranno essere di nazionalità italiana. Solite modalità.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per la cattedra di clinica dermosifilopatica a Pisa la Facoltà propose la terna: Fiocco Giov. Batt., Lombardo Cosimo e Truffi Mario; la commissione giudicatrice ha designato 1) Lombardo, 2) Truffi.

L'Università di Padova ha incaricato il prof. Arturo Castiglione dell'insegnamento di storia della medicina.

Il prof. Schittenhelm di Kiel è stato chiamato a Lipsia quale successore del prof. v. Strümpell.

Il dott. Cesare Busi, decano dei medici di Bologna, già primario all'Ospedale Maggiore, è nominato commendatore della Corona d'Italia.

Il prof. dott. Luigi De Cesare è nominato, *motu proprio* sovrano, commendatore della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Missione sanitaria sud-americana.

Sotto gli auspicî della Società delle Nazioni un gruppo di medici dell'America Latina ha visitato gli Stati Uniti, il Canadà, Cuba, l'Inghilterra, la Francia, il Belgio, l'Olanda, la Svizzera, l'Italia, ove si è interessato particolarmente al problema della malaria. La missione, accompagnata dal dott. Destouche, della Sezione d'Igiene della Società delle Nazioni, è composta dei dottori: Solon Nunez, sottosegretario di Stato all'Igiene (Costa Rica); Pedro Albs, direttore sanitario degli Stabilimenti industriali al Messico (Mexico); Raphael Alvarez, professore di batteriologia nel Laboratorio ad Avana (Cuba); Garcia Maldonado, direttore della Compagnia contro il paludismo nella regione petrolifera del Venezuela; A. Gubelich, professore della Facoltà di medicina dell'Asuncion (Paraguay); Carlos R. Lardé Arthès, professore di anatomia patologica all'Università di S. Salvador; Emydio Mattons, ispettore sanitario della Sanità Pubblica di Rio de Janeiro (Brasile); Raphael Schiaffino, professore d'Igiene della Facoltà di Montevideo (Uruguay); Juan Valega, addetto alla direzione della Sanità di Lima (Perù); Albert Zwank, professore supplente d'Igiene della Facoltà di Buenos Aires (Argentina).

In Italia la missione ha visitato la fabbrica di chinacei di Torino, le grandi bonifiche idrauliche del ferrarese, del ravennate e delle paludi pontine, la scuola malariologica di Nettuno, varie stazioni sanitarie, ecc. Si è anche recata a Fiumicino, per rendere omaggio alla memoria di B. Grassi: la signora Zwanck depose, sulla tomba, un mazzo di fiori con nastro dai colori di Roma.

La nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica ha offerto un sontuoso ricevimento ai componenti la missione. V'intervennero molte spiccate personalità; notati i sen. Marchiafava, Sanarelli, Pestalozza, i proff. Ascoli, Bignami, Alessandri, Dionisi, Sclavo, Arcangeli, Pecori, il dott. Lutrario, i generali medici Baduel e Monaco, il comm. Sandicchi, il comm. Vitetti, il comm. ing. Narbone, la signora Celli, la signorina Grassi.

Parlarono il dott. Messea, direttore generale della Sanità Pubblica; il sen. Marchiafava, quale presidente del Consiglio Superiore di Sanità e decano dei medici romani; il dott. Lutrario, in nome del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni; il prof. Gallenga, quale presidente della Federazione degli Ordini dei medici; per i medici stranieri il dott. Destouche, il dott. Nunez, sottosegretario al Dipartimento d'Igiene di Costa Rica e il dott. Maldonado, della repubblica del Venezuela, inneggiando ai progressi igienico-sanitari dell'Italia, alla fratellanza dei popoli, alla latinità che promana da Roma immortale. I componenti la missione sono stati anche ricevuti da S. E. Mussolini, come già da altri capi di Stato. Un solenne ricevimento è stato loro offerto al Campidoglio, ove sono stati salutati dal commissario regio della Città; risposero il delegato della Società delle Nazioni dott. Destouche e il prof. Zwanck, dell'Argentina. Un riuscitissimo banchetto è stato loro offerto ad Ostia-Lido; parlarono il dott. Basile, vice-direttore generale della Sanità pubblica, il dott. Destouche, il prof. Lardé Athès, il dott. Giardina.

Il giorno 8 mattina i medici sudamericani sono stati ricevuti nella Clinica medica al Policlinico. Alla riunione parteciparono i professori della Facoltà con a capo il preside prof. Pestalozza, il personale medico degli Ospedali rappresentato dal comm. Vitetti, presidente dell'Amministrazione, dal dott. Ugolini capo dei servizi tecnici, dal prof. Carducci direttore del Policlinico e da tutti i medici primari. Dopo le presentazioni d'uso, il direttore della Clinica prof. Ascoli illustrò ai convenuti parecchi interessanti casi di malaria, soprattutto in riguardo ai problemi della terapia e personalmente accompagnò la missione e i colleghi nella visita degli impianti scientifici della Clinica. Quindi i medici della missione furono ricevuti alla Direzione del Policlinico e passarono alla visita di alcuni reparti medici.

La missione si è sciolta in Italia, mèta del suo viaggio. Ciascuno dei componenti svolgerà poi uno speciale mandato in vari Paesi.

Istituto di Coltura Italiana in America.

Riportiamo qui il programma di questo Istituto, sorto sotto gli auspicî della Columbia University di New York e del quale demmo notizia nello scorso fascicolo:

Il programma educativo dell'Istituto di Cultura Italiana negli Stati Uniti ha per fondamento e fine lo studio della lingua, della letteratura e delle scienze italiane in relazione a tutte le manifestazioni della vita.

È nobile, indispensabile anzi, illustrare costantemente al pubblico americano l'importanza della mirabile e profonda Cultura Italiana, la sua adattabilità ai bisogni ed agli ideali di questo grande paese e stimolare gli studenti e gli studiosi Americani a detto studio, essenziale per una migliore comprensione e valutazione della nostra letteratura, arte, e architettura ed incoraggiarli altresì a visitare le superbe contrade d'Italia ed a frequentare i suoi gloriosi Atenei.

Vale la pena perciò elencare i capisaldi, i cardini di tutte le attività che con fermo proposito e con fede costante l'Istituto intende svolgere perchè la riuscita non possa essere che felicissima e degna dei suoi sforzi.

1. È necessario dimostrare agli Americani tutti il valore intrinseco degli Italiani come fattore economico in America.

2. Sollevare un interesse sempre maggiore tra i turisti perchè essi non dimentichino di visitare l'Italia ridente di ubertose convalli, superba di monumenti che attestano la perenne grandezza di Roma e di numerose e importanti biblioteche, gioielli delle generazioni presenti.

3. Conseguiti questi fini non è arduo distruggere i pregiudizi e il sospetto che nuocciono all'amicizia ed al benessere dei due popoli, cementare nel contempo le relazioni che regolano gli scambi e dare incremento allo sviluppo commer-

ciale, fattore vitale di ricchezza e di prosperità. Il primo passo importante di questo movimento è la erezione della Casa Italiana, auspice l'Istituto di Cultura Italiana sorto per volontà dei dirigenti della Columbia University.

4. Detta Casa Italiana promuoverà a tale uopo lo studio della lingua italiana fra i 35 mila studenti che frequentano la Columbia Università e lo estenderà via via tra gli altri Atenei americani. Promuoverà inoltre la concessione di borse di studio tra gli studenti Americani che si distingueranno nello studio della nostra lingua: Una borsa annuale del valore di 1200 dollari fu concessa dall'Ordine Figli d'Italia.

5. La Casa sarà accessibile a tutti quelli che vogliono operare del bene e che hanno a cuore l'intensificarsi delle relazioni intellettuali tra gli Stati Uniti e l'Italia perchè i due popoli possano conoscersi meglio l'un l'altro. La Casa avrà sale di lettura e di convegno; una biblioteca circolante; sale dignitosamente addobbate per ricevere gli Italiani illustri che verranno invitati a tenere conferenze e discorsi nella Columbia e nelle altre Università. L'Istituto promuoverà la celebrazione dantesca ogni anno e concederà in quel giorno le medaglie meritate dagli studenti che si saranno distinti nello studio della lingua Italiana.

6. Il Comitato Esecutivo Nazionale intende colla cooperazione dell'Istituto raccogliere fra gli Italiani ed Americani un fondo iniziale di 250,000 dollari in modo che la Casa sia veramente il centro irradiatore e pulsante della nostra cultura e della nostra civiltà. Ogni italiano risponda con fervore all'appello e dimostri il suo interessamento per la nobile causa inviando checks e moneyorders al Cavaliere Giovanni Girardon, Vice-Presidente della Banca di Sconto, 399 Broadway, New York City, tesoriere del fondo pro erigenda Casa Italiana.

Prof. JOHN L. GERIG
President — Institute

Hon. JOHN J. FRESCHI
Chairman, Executive National Committee

Per qualsiasi comunicazione rivolgersi alla *Italian House Fund*, Inc., 399 Broadway, New York City (S. U. d'A.).

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni ha tenuto la consueta sessione ordinaria di approvazione dei Bilanci consuntivi dell'Esercizio 1924, che si è protratta per tre giorni.

S. E. l'on. comm. avv. Dino Grandi, Sottosegretario di Stato per gli Affari Esteri, muovendo da considerazioni di squisita correttezza, delle quali il Consiglio gli ha dato atto, ha rinunciato alla carica di presidente; lo sostituisce, per nomina avvenuta con R. D. 19 luglio u. s., l'on. sen. gr. uff. prof. Pietro Sitta, il quale ha assunto le proprie funzioni in occasione di questa tornata del Consiglio.

L'on. gr. uff. avv. Gino Olivetti, Segretario Generale della Confederazione Generale dell'Industria Italiana, è stato eletto vice presidente in sostituzione dell'on. ing. Giuseppe Mazzini, il quale ha rinunciato alla carica per ragione delle sue molteplici occupazioni.

Lo stato attivo e passivo della gestione infortuni nelle industrie al 31 dicembre 1924 si chiude all'attivo in L. 208,484,419.03; al passivo in lire 206,440,494.57, con una differenza attiva di lire 2,044,324.46, la quale va ad aumentare le poderose riserve accumulate con il criterio della più oculata prudenza per fronteggiare qualsiasi rischio dell'esercizio assicurativo.

Le risultanze della gestione infortuni in agricoltura, che la Cassa esercita in regime di esclusività in quasi tutto il territorio del Regno, si concretano nelle seguenti cifre: all'attivo in lire 61,275,717.70; al passivo in L. 57,427,531.47; differenza attiva L. 3,848,186.23, la quale va passata al fondo di riserva obbligatorio prescritto dall'art. 14 del Regolamento per l'assicurazione infortuni in agricoltura.

Il primo Congresso internazionale del fanciullo.

Come abbiamo annunziato, dal 24 al 28 agosto p. v. avrà luogo a Ginevra il primo Congresso generale del Fanciullo.

Il congresso stesso, che sarà tenuto sotto l'alto patronato del Consiglio Federale svizzero, si dividerà in tre sezioni: igiene e medicina; assistenza e previdenza sociale; educazione e propaganda, con numerosi temi per ciascuna delle tre branche.

Fra le lingue ufficiali del congresso vi è l'italiano. Gli oratori, peraltro, saranno pregati di servirsi a preferenza del francese e dell'inglese.

Per ogni maggiore chiarimento gli interessati potranno direttamente rivolgersi al Comitato organizzatore del congresso stesso a Ginevra, via Massot, 42.

Corso di perfezionamento in medicina interna.

La « Kursorganisation » della Facoltà Medica di Vienna prepara un corso in lingua francese dal 9 al 21 novembre; esso copre quasi tutti i campi della medicina interna. L'onorario importa 115 scellini austriaci (dollari 16.50) o l'equivalente in monete straniere; deve pagarsi in anticipo al « Bureau der Wiener Aerztekurse » (Vienna 8, Schlösselgare 22), che farà pervenire una carta d'iscrizione la quale dà diritto alla riduzione del 50 % dei visti per i passaporti, alla proroga gratuita di questi, a riduzioni in certi alberghi, pensioni e ristoranti. Presidente dell'organizzazione è il prof. Wagner-Jauregg. Chiedere il programma preliminare; il programma definitivo verrà pubblicato il 1° novembre.

Corso superiore d'anatomia patologica.

Sarà tenuto presso la Facoltà Medica di Parigi dal 5 al 20 ottobre, sotto la direzione del prof. G. Roussy, con la collaborazione di altri 18 insegnanti di Parigi, Strasburgo, Lione, Bordeaux, Montpellier e Nancy. Tassa Fr. 150. Le iscrizioni possono farsi per corrispondenza diretta al dott. Leroux, 21 rue de l'École de Médecine, Parigi, cui si può chiedere anche il programma.

Istituto di Storia delle Scienze.

Nel maggio scorso è stato inaugurato l'Istituto di Storia delle Scienze, creato nella R. Università di Firenze. Scopo di questo nuovo istituto è di raccogliere la maggior quantità possibile di bibliografia, opportunamente divisa per materia, onde possa servire d'indirizzo allo studioso che desidera trattare argomenti di Storia delle Scienze. È il primo istituto del genere che sorga presso un'Università italiana, e ne è stata affidata la direzione al chiarissimo prof. Andrea Corsini, il quale rivolge caldo invito a quanti intendano collaborare allo sviluppo dell'Istituto coll'inviare memorie storiche, biografie, necrologie, ritratti di scienziati ed ogni sorta di materiale che possa essere utile allo scopo per cui l'Istituto è stato fondato.

Per l'Odontoiatria nell'Università di Roma.

Con R. decreto-legge 14 giugno 1925 sono state stanziate nel bilancio del Ministero della P. I., pel corrente anno finanziario, L. 250 mila per tutte le spese inerenti al montaggio ed al funzionamento dei padiglioni per l'odontoiatria nella R. Università di Roma.

Concessioni ferroviarie agli universitari.

In seguito a vive premure rivolte dal Ministero della P. I., l'Amministrazione ferroviaria ha determinato che possano anche essere ammessi alla concessione ferroviaria *C*, purchè contino almeno un anno di servizio:

a) i professori incaricati delle Regie Università e dei Regi Istituti superiori d'istruzione;

b) gli aiuti, gli assistenti, il personale di amministrazione, i tecnici e i subalterni delle Regie Università e dei Regi Istituti superiori di istruzione provvisti di stipendio a carico degli Enti sopradetti e da questi assunti posteriormente al 30 settembre 1924.

(Circolare 6 giugno 1925, n. 55).

Libri tedeschi in conto riparazioni.

Da un comunicato del Ministero della P. I. si apprende che nel 1923 ebbe luogo un primo invio di 281 casse; seguì un lungo arresto per l'applicazione del piano Dawes; al principio di quest'anno sono stati ripresi i negoziati: la fornitura avrà seguito con l'invio di altre 138 casse che erano rimaste giacenti a Lipsia. Il materiale è elencato nel Bollettino delle opere straniere pubblicato dalla Biblioteca Nazionale Vittorio Emanuele; vi figurano 6400 opere e moltissimi complementi di riviste. Il ministro ha ottenuto, in base alla convenzione, la facoltà di produrre nuove richieste ed ha già trasmesso un nuovo copiosissimo elenco di opere desiderate da Istituti universitari e da biblioteche.

Si è spento il prof. B. NAUNYN, uno dei luminari della medicina contemporanea. Ne daremo un cenno biografico in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red resp.

ANNO XXXII Roma, 24 Agosto 1925 Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE SPERIMENTALE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. GIUSEPPE SANARELLI.

Nuovo metodo di preparazione di antigene per la intradermoreazione di Casoni

per il dott. NICOLA SETTE, assistente.

È noto che l'evoluzione dell'echinococco si compie attraverso due ospiti; il cane (ospite definitivo, che alberga la forma adulta) un ruminante o l'uomo (ospite intermedio) che alberga la forma larvale.

Il cane si infesta ingerendo organi che contengono cisti o porzioni di cisti di echinococco (echinococcus polymorphus); i ruminanti e l'uomo si infestano ingerendo le oncosfere od embrioni esacanti che vengono messi in libertà per il disfacimento di proglottidi mature della Tenia adulta, espulse colle feci del cane.

Ciò premesso, per spiegare le non infrequenti echinococcosi secondarie o metastatiche, che si possono verificare in seguito ad atto operativo o a semplice rottura della cisti madre, non poteva ammettersi che il trapianto a distanza, per il torrente circolatorio, delle vescicole figlie.

Ma questo non poteva reggere ad una rigorosa critica, primo perchè le vescicole figlie non sempre esistono, anzi sono piuttosto rare; poi perchè esse normalmente si distaccano dalla vescicola madre e cadono nella cavità di essa, o al difuori di essa, quando già hanno raggiunto una grandezza tale per cui non è possibile ammettere un trasporto a distanza per il tramite del torrente circolatorio.

Eppure il fatto delle metastasi è assolutamente incontestabile: molti chirurghi hanno osservato che in casi di operazioni difficili in cui il liquido contenuto nelle cisti si è riversato in gran quantità nel peritoneo, si può avere la riproduzione e la disseminazione del parassita in tutta la cavità addominale.

Quindi, non potendosi ammettere il trasporto a distanza delle vescicole figlie, le metastasi dovevano essere subordinate a qualche altro meccanismo.

Fu appunto il Dèvè che ne dette la spiegazione dimostrando come in alcuni casi l'echinococco può presentarci uno sviluppo ridotto senza cioè l'intervento dell'ospite definitivo e direi quasi per una riproduzione endogena.

Il Dèvè sperimentò, sia con vescicole figlie, che con vescicole proligere e scolici isolati praticando inoculazioni nel peritoneo, nel polmone,

nella pleura e per via venosa. Ottenne così numerosi risultati positivi, confermati più recentemente da Tatiana Ponomaroff, Lagos Garcia, Hosemann e recentissimamente (C. R. S. B., 1925).

Stabilì inoltre che tutti gli animali in maggiore o minore percentuale sono recettivi. In questo caso gli scolicini contenuti dalle vescicole proligere, quelli aderenti a frammenti di strato proligero della vescicola madre o liberi nel liquido cistico, in una parola tutti gli scolicini di echinococcus polymorphus, che vengono inoculati o trasportati a distanza con la corrente sanguigna o linfatica, giunti in una sede qualsiasi dell'organismo umano od animale subiscono dei fenomeni regressivi: perdono gli uncini, divengono vescicole idropiche a membrana anista, e tornano a comportarsi come le oncosfere dando, dopo un periodo più o meno lungo, nascita a nuove vesciche echinococciche con tutti i caratteri e tutte le proprietà della vescicola madre.

Per la loro piccolezza (micron 110×200) e per i loro movimenti possono penetrare in circolo e portarsi nei punti più svariati dell'organismo. Quindi le metastasi che si verificano in seguito ad atti operativi, o a rottura delle cisti madre, si devono alla messa in libertà e trasporto degli scolicini nei punti più svariati dell'organismo (dalla cavità peritoneale o pleurica, dove spesso cadono in seguito ad atto operativo, fino al cervello, midollo osseo, ecc., dove sono trasportati per il torrente circolatorio).

Dopo ciò che abbiamo detto risulta quanto sia importante che i liquidi echinococchici, provenienti dall'uomo e dagli animali, che servono a scopo diagnostico, debbano essere assolutamente privi di qualsiasi scolicino e che la soluzione fenica od il raffreddamento abbiano agito in modo sicuro su di essi uccidendoli tutti.

Per quanto poi questo sia difficile ottenere col freddo possono farcelo sospettare:

1) le opinioni di Rendu e di Clemens condivise dal Dèvè, il quale riuscì ad infestare un maialetto da latte con uova tenute per quattro mesi in ghiacciaia;

2) le esperienze di Pontano (1920) che, mentre cercava di praticare antianafilassi in alcuni pazienti, vide attenuare le manifestazioni locali e poi dimostrò che ciò era dovuto ad invecchiamento del liquido in ghiacciaia.

In vista di possibili inconvenienti talvolta anche perniciosi, che per l'incompleta uccisione degli scolici poteva determinarsi, Alessandrini Giulio, basandosi sulla proprietà che hanno tutti gli elminti, cioè di cadere al fondo dei recipienti di raccolta, consigliava di raccogliere il liquido cistico, che doveva servire per le reazioni diagnostiche, in bicchieri a calice per 3-4 ore e servirsi, dopo centrifugazione, della metà superiore del liquido, per sottoporlo poi alla filtrazione per carta ed alla disinfestazione coll'acido fenico.

Ciò costituiva certo una maggiore garanzia, ma non l'assoluta, giacchè spesso gli scolici attraversano la carta da filtro, ed in qualche caso l'acido fenico impiegato normalmente può non essere sufficiente ad uccidere gli scolici.

D'altra parte la quantità di acido fenico non può essere aumentata per qualche eventuale alterazione biochimica del liquido.

Per evitare questi inconvenienti, mi fu consigliato dallo stesso prof. Alessandrini, nel giugno 1924, di sperimentare se il liquido echinococcico, filtrato per candela, mantenesse immutate le sue proprietà cuti-diagnostiche; era logico pensare che, se questo fosse avvenuto, avremmo raggiunto direi quasi l'ideale: la completa sterilità dal punto di vista batterico, e quindi sarebbe stato non più indispensabile l'aggiunta di acido fenico, e l'assoluta sicurezza dal punto di vista della eventuale infestazione parassitaria, giacchè gli echinococchi, con ogni sicurezza, vengono trattenuti dal filtro.

Restava solo il dubbio che il liquido potesse perdere le sue proprietà potendo essere trattenute dal filtro sostanze albuminoidi, colloidi od altre, cui si deve il potere antigene del liquido cistico.

Nel luglio dello scorso anno ebbi dal prof. Margarucci circa un litro di liquido di cisti di echinococco del fegato e lo filtrai, parte con candela Chamberland L 2, parte con una Berkfeld N, chiusi il filtrato in fiale, che tenni in refrigerante a circolazione di acqua e nell'ottobre cominciai a sperimentare con pazienti, cui era stata fatta diagnosi clinica di cisti di echinococco.

È a tutti noto che dei metodi di laboratorio, per la diagnosi di cisti di echinococco, la prima applicazione fu fatta colla deviazione del complemento ed altre reazioni sierologiche in genere.

Ma poi, collo svolgersi del nuovo capitolo di patologia sulla « anafilassi », sorse per primo in Italia l'idea al Puntoni, nell'ottobre del 1909, di studiare il fenomeno nei riguardi della cisti di echinococco.

Questa idea gli fu suggerita dagli intensi fenomeni che a volte fanno seguito alla puntura esplorativa, alle rotture di cisti o all'operazione, fenomeni che si possono riassumere in fatti orticarianti, prurito, ipotermia, ecc.

Egli provò, come per la tubercolosi, con la cuti-oftalmo ed intradermo-reazione che non sono che fenomeni di anafilassi locale ed ebbe in

un solo caso la positività della cutireazione, cui però non credette dare troppo peso.

Il Casoni nel 1912 riprese lo studio dell'intradermoreazione che si esegue con l'iniezione di 1/2 cc. di liquido cistico nello spessore del derma e, per controllo, altrettanta soluzione fisiologica sterile nell'altro braccio.

In caso di reazione positiva, dopo poche ore il paziente avverte prurito nel punto di inoculazione, e dopo circa 12 ore compare un eritema, cui può seguire una infiltrazione edematosa dolente, con senso di tensione.

Casoni dà questa reazione positiva nell'87.5 %.

Pontano ha ripreso l'argomento (*Policlinico*, Sez. med., 1920) studiandolo parallelamente alla sottocutaneo-reazione e distingue una reazione precoce ed una tardiva.

Egli conclude affermando che le reazioni cutanee debbono trionfalmente entrare nel novero dei mezzi diagnostici più squisiti nella pratica medica

Egli ottiene la intradermoreazione positiva nell'84 % dei casi e la sottocutaneo-reazione positiva nel 66 % dei casi.

Le reazioni cutanee sono positive in altissime percentuali nei casi di idatidi non suppurate; sono per lo più negative con idatidi suppurate.

Calcagno e Ithurrat in Argentina (riportato da Antonucci: *Echinococco del polmone*, pag. 138), hanno affermato che la intradermoreazione ha dato loro solo 4 risultati discordanti su 137 esami. Essi l'hanno trovata positiva anche nei casi di cisti suppurate.

Dalla casistica riportata da Antonucci (loco citato) risulta che la Casoni fu possibile praticarla tre volte; l'esito in due casi fu positivo ed in un caso fu dubbio.

Io ho rivolto massimamente la mia attenzione all'applicazione di questa ricerca oltre che a quella della deviazione del complemento, per la semplicità del metodo che consente l'applicazione pratica sia per il chirurgo, che per il medico condotto, ed avevo già presi in considerazione diversi casi che mi avevano mostrato la positività della Casoni con liquido cistico filtrato.

Cominciai allora a rivolgere le mie ricerche sull'esame chimico dei liquidi ed essendomi occorso di vedere che il residuo secco di essi era, per lo meno apparentemente, insolubile in alcool, etere, cloroformio e solfuro di carbonio, mentre era solubilissimo in soluzione fisiologica ed in glicerina, pensai di incorporare in questa il residuo ottenuto dalla evaporazione del liquido cistico dopo averlo ripreso con poca soluzione fisiologica. Aggiunsi anche la glicerina, perchè essa, oltre a presentare il potere solvente di cui ho già riferito, si dimostra particolarmente adatta sia per il suo potere conservativo (es. virus rabbico, vaiuoloso, tossine) sia per la sua leggera azione antisettica.

Per la preparazione di questo reattivo biologico ho operato nel modo seguente: ho versato in capsula di porcellana sterilizzata o flambata, in varie riprese una quantità di 150 cc. di liquido cistico filtrato per candela ed evoporato su bagno-maria bollente.

In questo modo ho visto che la temperatura raggiunta dal liquido che si evapora è di 70° C. circa. Evaporati tutti i 150 cc. ho ripreso il residuo secco in 10 cc. di soluzione di cloruro sodico al 9 ‰ ed ho incorporato questo liquido in 20 cc. di glicerina.

Di questo estratto glicerico impiego la quantità di cc. 0.10 per cuti-intradermo ed ipodermo-reazione.

Avendo ora sperimentato su 14 casi controllati operatoriamente ed avendo portata la mia osservazione su 42 casi di pazienti ricoverati in ospedale per altre malattie, riferisco su tutti questi riserbandomi di ritornare sull'argomento per aumentare la casistica.

Dalla Tav. 1ª emerge che su 7 casi, in cui fu praticata la reazione con 0,50 cc. di liquido cistico filtrato, si è ottenuto reazione positiva in 5 casi; reazione dubbia in un caso in cui trattavasi effettivamente di cisti di echinococco del polmone e negativa in un caso in cui il reperto operatorio di una cisti ovarica è venuto in appoggio della negatività della reazione biologica.

In 5 di questi casi fu praticata anche la Ghedini che dette risultato positivo solo in due casi.

Nella Tav. 2ª sono riportati i nomi e la diagnosi di altri pazienti che, non essendo affetti da cisti, dettero negativa la reazione.

Nella seconda parte della 1ª Tav. sono riportati 7 casi di pazienti in cui clinicamente era stata diagnosticata una cisti di echinococco, ed in cui fu inoculato estratto glicerico in quantità di 0.10 cc., per questi pazienti l'operazione mise in evidenza che in 5 si trattava di cisti di echinococco in atto, in un altro non fu notata cisti alcuna e fu formulata ipotesi operatoria di tumore del rene, uno era stato operato da un anno di cisti di echinococco ed aveva residui della precedente cavità cistica senza presenza di membrane.

Constatazioni di possibilità di provocare intradermoreazioni positive dopo lungo tempo dalla escissione della cisti erano state fatte da Casoni in alcuni pazienti; questa possibilità fu poi negata da altri (Gasbarrini, *Policl.*, Sez. Medica, dicembre 1919) ma riconfermata da Testi e Zoli (*Riv. Crit. Clin. Medica*, 1919) che la trova-

TAVOLA I.

CON ESTRATTO GLICERICO.

		Diagnosi clinica	Diagnosi operatoria	Esito della reazione	Altre indagini
III. Pad.	Antonini Angela	Cisti del fegato (?)	2 cisti del fegato	+++ con liq. filtrato	Ghedini ++ (0,20; 0,30; 0,40).
„ „	Biancifiori Elvira	„ di echinococco	Cisti ech. suppurata	+++ „ „	Ghedini + (0,40)
„ „	Di Fabio Natalina	„ ech. del polm. (?)	Cisti echinococco con inizio supp.	+++ „ „	„ —
„ „	Letto N. 33: (26-1-25)	Echinococco multipla addominale (?)	Cisti ovarica	— — — „ „	„ —
„ „	Cirilli Anna	Cisti ech. del polm.	Cisti ech. del polmone	Intradermoreaz. — Cutireaz. (±)	Ghedini — ; eosinofilia 5 %.
„ „	De Rossi Ernesto	„ „ del fegato	„ „ del fegato	+++	— ; eosinofil. 12% (1)
„ „	Dottori Federico	„ „ „	„ „ „	+++	—; „ 18%

(1) Operata dopo 48 ore; persiste la positività della reazione.

CON LIQUIDO FILTRATO.

		Diagnosi clinica	Diagnosi operatoria	Esito della reazione	Altre indagini
III. Pad.	Carnevali Carolina	Cisti ech. del polmone	Cisti ech. del polmone	Cutireaz. +++ Intrad. +++	Eosinofili 6 %
„	Ricci Alberto	„ della milza	„ milza supp.	Intrad. +++ (dopo 9 minuti). Sottocut. +++ (dopo 20 minuti) Cutireaz. +++ (dopo 4 minuti).	—
„	Ricciotti Riccardo	„ del fegato	„ del fegato	+++	Ghedini ++
„	Buglioni Caterina	„ „	„ „	+++	Eosinofili 3 %
Clin. Chir.	Roselli Terzo	„ polm. e feg.	„ polm. e feg.	+++	Con liquido comune +++
„	Veschini Vescio	„ ?	+ Probabili tumori del rene.	+++	—
„	Maccausello Raffaela	„ del fegato (?)	Residui di precedenti cavità cistica senza presenza di membrane.	+++	— (1)
III. Pad.	Pieralva Angela	„ della milza (?)	Cisti di ech. alla milza	Intrad. +++ (dopo 15 minuti). Ipoder. — — — Cutireaz. — — —	—

(1) La P. era stata operata un anno fa di cisti da echinococco del fegato, e la ferita chiusa per prima intenzione.

rono positiva dopo 8 anni dall'atto operativo, e da Pontano (*Policlinico*, Sez. Med., 1920) e quindi la posività nel caso in questione non infirma assolutamente la specificità dell'antigene.

Nei casi di pazienti non affetti da cisti di echinococco praticai le iniezioni con cmc. 0.20 di estratto glicerico; ho creduto opportuno regolarmi in questo modo per vedere se quantità superiori a quelle ordinariamente da me usate a scopo diagnostico, fossero capaci di provocare reazioni e quindi escludere indirettamente la produzione di reazioni aspecifiche dovute alla semplice inoculazione di antigene.

La inoculazione in tutti questi ammalati ha dato risultato negativo meno che in 3 casi, in cui si è avuto accenno alla positività:

1) una donna affetta da colicistite;

2) un paziente affetto da enterocolite;

3) un ragazzo, tappezziere, ricoverato per polmonite centrale con esito in ascesso: in questo paziente nel praticare l'iniezione sottocutanea

TAVOLA II.

CONTROLLI.

VIII PADIGLIONE:	
A. G. — Colica renale. Idronefrosi	Negativa
M. A. — Nefrite cronica	»
T. V. — Nefrite cronica. Idrope- Idropericardio	»
P. A. — Insufficienza cardiaca	»
R. E. — Aortite luetica	»
B. A. — Lesione doppia mitralica da endocardite pregressa	»
O. A. — Vizio composto mitralico; Insufficienza aortica; Iposistolia.	»
S. B. — Asma bronchiale	»
C. A. — Lues, infiltraz. biapicale	»
M. G. — Polmonite	»
P. G. — Pleurite	»
C. G. — Enfisema polmonare	»
P. R. — Influenza	»
D. G. — Polmonite centrale con esito in ascesso	Lieve eritema
D. B. — Ascessi freddi multipli	Negativa
A. U. — Tbc. polmonare	»
M. L. — Sclerosi apicale	»
M. R. — Tbc. polmonare	»
R. C. — Tbc. polmonare	»
B. G. — Pott	»
L. M. — Ulcera gastrica?	»
D. A. A. — Nevrosi gastrica	»
S. R. — Neoplasma pilorico	»
E. A. — Stenosi esofagea di origine probabilm. neoplastica	»
S. C. — Neoplasma gastrico. Broncopolmonite S.	»
F. T. — Anemia perniciosa	»
B. L. — Infezione malarica cronica. Febbre	»
De M. G. — Linfogranulomatosi	»
M. G. — Enterocolite	Lieve eritema
M. A. — Tifo addominale	Negativa
C. V. — Colecistite	Positiva
S. M — Coxite	Negativa
S. L. — Poliartrite	»
A. A. — Poliartrite	»
S. E. — Linfoangioite piedi	»
M. E. — Rammollimento del ponte	»
A. M. — Tetraparesi da compressione in corrispondenza della III D.	»
L. C. — Arteriosclerosi, emiparesi sinistra	»
C. C. — Emiplegia destra	»
T. M. — Ipopituitario	»
III PADIGLIONE:	
D. F. — Periostite post-tifosa	»
CLINICA CHIRURGICA:	
V. V. — Osteomielite	»
III PADIGLIONE:	
R. L. — Prostatico	»
F. R. — Osteomielite. tibia e perone sinistro	»
A. A. — Tumore II falange pollice sinistro	»
CLINICA CHIRURGICA:	
P. G. — Postumi f. a. f. al naso	»

si ebbe fuoriuscita di un po' di sangue e l'indomani mattina vi era un lieve eritema.

Nella donna affetta da colicistite fu praticata la Casoni anche con liquido cistico fresco e la reazione fu intensamente positiva; la paziente non si è voluta sottoporre ad atto operativo e quindi manca il controllo chirurgico, però avendo reagito coll'estratto glicerico identicamente al liquido cistico fresco, non può infirmarsi il valore della reazione coll'antigene glicerico.

Gli altri due casi non sono stati sottoposti alla reazione con liquido fresco, però la reazione con antigene glicerico era appena accennata ed in pratica, per le reazioni biologiche, si tiene conto solo delle reazioni nettamente positive.

* * *

Dal complesso delle mie esperienze si può concludere che:

1) il liquido cistico filtrato per candela non perde assolutamente le sue proprietà diagnostiche e che questa tecnica va preferita a quella ordinariamente in uso, sia perchè ci assicura la conservabilità in condizioni di asepsi ed attività per lungo tempo (per lo meno un anno), sia perchè ci garantisce dalle eventuali infestazioni;

2) la parte attiva del liquido cistico non viene distrutta dal calore (70° C.) e questa proprietà ci può permettere di preparare estratti glicerici che si comportano in modo identico al liquido cistico *in toto* e che per la quantità occorrente a scopo diagnostico possono permettere di essere utilizzati anche dal medico condotto.

* * *

Ringrazio i professori Alessandri, Carducci, De Fabi, per avermi permesso di utilizzare il materiale di studio occorsomi in questo lavoro.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Risultati lontani della frenicotomia nella cura della tubercolosi polmonare

per il prof. EUGENIO CURTI.

Comunicai nello scorso anno sul *Policlinico*, Sezione pratica, i buoni risultati ottenuti colla frenicotomia in tre casi di ammalati affetti da tubercolosi polmonare.

Da allora, i pazienti da me curati con detto metodo sono una ventina, numero non troppo rilevante, ma che mi permette di fare alcune osservazioni circa i risultati vicini e lontani e sull'efficacia della cura.

Nella scelta dei casi, diedi la preferenza alle lesioni monolaterali, con vaste aderenze pleuriche, con tendenza alla sclerosi polmonare, alle lesioni torpide con andamento cronico.

Tentai la cura in pochi casi di lesioni cavitarie o bilaterali con tossiemia e in un solo caso, come dirò in seguito, applicai la cura bilateralmente (frenicotomia bilaterale).

Prima di esporre i risultati generali, mi pare giusto riferire sullo stato attuale dei tre primi ammalati da me curati e dei quali parlai nella mia comunicazione dello scorso anno.

I tre pazienti sono in ottime condizioni generali; il primo:

S. Angelo, di Quinzano, operato il 23 gennaio 1924, è aumentato di circa 15 kg. e attende, come agricoltore ai propri campi, frequentando tutti i mercati della provincia; ha scarsa tosse, secca, senza espettorato.

Obiettivamente il polmone sinistro, ammalato, presenta risonanza plessica quasi normale, respiro aspro, non fatti umidi.

All'esame radioscopico, polmone molto rischiarato, la cupola diaframmatica a destra mobile, a sinistra ancora rialzata e immobile come prima.

Il secondo ammalato, T. B., operato il 5 febbraio 1924, è pure in ottime condizioni generali di nutrizione (aumentato di 8 kg.) attende alle proprie faccende, ha ripreso le abituali lunghe camminate in montagna per la caccia, senza risentire speciali disturbi.

Contrasse una bronchite influenzale, ma guarì bene.

Attualmente afferma di non avere nè tosse nè espettorato, però obiettivamente permane ipofonesi al lobo superiore destro senza fatti umidi.

All'esame radioscopico, lobo superiore velato, cupola diaframmatica rialzata e parzialmente mobile, ciò in relazione col fatto che durante l'intervento operativo fu reciso solo il ramo mediano più grosso e non i due filetti laterali nei quali era diviso il frenico.

Il terzo caso, G. Bortolo, operato il 5 febbraio 1924, è in ottime condizioni ed attende al proprio mestiere di contadino.

Non ebbe più febbre, la tosse andò gradatamente diminuendo fino a scomparire.

Anche obiettivamente si ha l'impressione di una guarigione clinica, permanendo la cupola diaframmatica a sinistra, immobile e rialzata.

Degli altri casi, sembrandomi inutile diffondermi singolarmente, dirò che in circa la metà, i risultati furono buoni e duraturi, negli altri la malattia seguì il suo fatale decorso.

I risultati buoni dei primi, corrispondono ad una esatta e saggia scelta dei malati; forme monolaterali, torpide, con tendenza alla sclerosi polmonare, oppure forme più localizzate verso la base che verso l'alto.

I risultati nulli, corrispondono a malati con lesioni bilaterali, con fenomeni di tossiemia o con lesioni cavitarie.

Tentai la cura in un solo caso bilateralmente. Di questo riferisco brevemente perchè non è a conoscenza mia che da altri sia stata fatta la frenicotomia bilaterale.

T. Angelo, di Brescia. Pleurite bilaterale e tre mesi di letto nella primavera 1921.

Nell'autunno 1923, nuova pleurite a sinistra, seguita dalla comparsa bilateralmente di lesioni specifiche.

Le solite cure mediche riuscirono inefficaci.

L'a. era continuamente febbricitante fino a 39.5 verso sera. aveva sudori profusi, tosse molesta e con espettorato in discreta quantità: poco appetito.

Non era certo il caso di tentare un pneumotorace bilaterale a bassa pressione per le vaste aderenze pleuriche e pensai di applicare la frenicotomia bilaterale confidando da un lato che l'innalzamento del diaframma non arrecasse disturbi speciali di respiro come non si verificano in certe, pur imponenti, asciti; dall'altro lato confidando che l'innalzamento del diaframma, determinasse un riposo polmonare e, con ciò, un miglioramento anche se di breve durata nelle condizioni generali del malato, come nel pneumotorace bilaterale a bassa pressione.

Vinta la riluttanza del chirurgo dott. Ferroni, l'intervento fu eseguito in due tempi: il primo a destra il 10 aprile, il secondo il 30 aprile 1924.

L'a. sopportò bene le due operazioni eseguite al solito modo; si ebbe una notevole diminuzione di temperatura subito dopo i due interventi, diminuzione durata per circa 15 giorni con massimi scesi da 39.5 a 37.7. Non dispnea, non disturbi nè a carico del cuore nè dell'addome.

La tosse e l'espettorato diminuirono.

Il paziente andò però deperendo continuamente per la comparsa, in seguito, di complicanze tubercolari intestinali.

Notevole però il fatto che durante tutto il tempo in cui l'a. visse (morì circa tre mesi dopo) la tosse e l'espettorato furono sempre scarsissimi; l'espettorato era areato, non mucopurulento; mai cianosi, nè dispnea.

Obiettivamente le lesioni polmonari ebbero un arresto.

In questi ultimi tempi tentai la frenicotomia bilaterale in due altri casi di lesioni bilaterali, non molto avanzate, in soggetti in discrete condizioni generali.

L'intervento eseguito bilateralmente, in un'unica seduta dal chirurgo dott. Grasso fu sopportato senza inconvenienti e gli ammalati sono attualmente migliorati; vedremo in seguito se il miglioramento sarà duraturo.

È perciò convinzione mia che la frenicotomia bilaterale sia una cura da tentare quando localmente, bilateralmente vi siano le indicazioni necessarie e permettenti e quando non coesistano altre localizzazioni.

Nei miei malati non ebbi a verificare nè in vicinanza nè a distanza dall'intervento operativo, i disturbi e le complicanze alle quali accennano alcuni colleghi tedeschi.

Un unico fatto verificai in quasi tutti dopo qualche tempo dall'intervento, quando il paziente riprendeva la vita normale di lavoro; voglio alludere alla comparsa di espettorato sanguigno.

Non nascondo che ciò impressionò i malati, e da prima, anche me.

L'emoftoe fu però sempre di poca entità e di breve durata e, ciò che più importa, cessò col semplice riposo.

In nessun caso riscontrai nel polmone leso fenomeni tali da spiegarmi obiettivamente il motivo dell'emoftoe.

Ritengo perciò che per effetto della frenicotomia e dell'innalzarsi della cupola diaframmatica si verifichi una stasi sanguigna polmonare che si accentua quando il malato riprende il lavoro, che scompare col riposo e che è causa della emoftoe

In seguito per ovvii motivi, questa stasi scompare e l'emoftoe non si manifesta più.

Un altro punto controverso è la durata dell'effetto del taglio del frenico sulla cupola diaframmatica.

Si volle da alcuni autori affermare che, col tempo, per mezzo di anastomosi fra i due frenici (destro e sinistro) vengano a scomparire gli effetti della recisione di uno dei due frenici e l'innalzamento del diaframma cessi.

In alcuni dei miei malati verificai un parziale ripristino della mobilità del diaframma dal lato operato; nella maggior parte dei casi, l'immobilità persisteva anche a distanza di oltre un anno.

Mi spiego la diversità di comportamento ammettendo in questi ultimi la recisione di tutti i rami in cui il frenico può esser diviso: negli altri casi, come in quello T. B. (n. 2), ammettendo la recisione di un solo, sia pure il maggiore, dei rami del frenico.

Concludendo i risultati della frenicotomia sono soddisfacenti, sia considerati a breve, come a grande distanza dall'intervento.

Gli insuccessi riferiti in certe statistiche, ritengo dipendano più dalla cattiva scelta del paziente che dall'efficacia della cura, principio questo non esclusivo della frenicotomia, ma comune al pneumotorace artificiale terapeutico e alla toracoplastica.

Brescia, maggio 1925.

CONFERENZE E RELAZIONI

La cura idrominerale della colelitiasi.

Prof. GIUSEPPE SABATINI
1° aiuto della R. Clinica Medica di Roma.

(Continuazione e fine; vedi fasc. 33).

III. E vengo così a dire degli *effetti* della cura idrominerale, che ho osservato nei colelitiasici.

Questi effetti vanno distinti in *immediati* e *lontani*, e sono da rapportarsi naturalmente allo stato in cui si trova la malattia al momento della cura: stato di acuzie o di latenza, settico o asettico, con occlusioni o senza, con condizioni generali gravi o buone.

In queste variabili contingenze gli *effetti immediati* (sempre, come vedremo appresso, escludendo i casi di contro-indicazioni della cura idrominerale) possono così distinguersi:

a) Negli infermi, i quali sono *in periodo di latenza del male*, sia che eseguano la cura per la prima volta sia che la ripetano, gli effetti immediati sono certo i meno evidenti.

In genere questi ammalati, che sono stati abbastanza bene durante tutto l'anno precedente, arrivano alla cura meno validi, stanchi, con digestione divenuta negli ultimi tempi difficile, con vago peso al fegato (« sentono di possedere l'organo »), giustamente preoccupati del possibile scatenarsi, a non lunga scadenza, di nuove crisi di coliche epatiche.

Essi al 5° o 6° giorno di cura, adattamente e coscientemente prescritta, cominciano ad avvertire un deciso miglioramento: l'appetito migliora e diviene a volte impellente, le digestioni si compiono bene, le evacuazioni riprendono normali (in questi ammalati non suole osservarsi stipsi da acqua), il colorito si schiarisce per scomparsa della lieve colemia, il senso di peso e di stanchezza si dilegua, migliorano l'umore e la cenestesi.

Al termine delle due o tre settimane di cura, essi si sentono bene, rimessi in ordine, capaci di affrontare un nuovo anno di vita normale, sufficientemente protetti dalle crisi gravi;

b) Negli infermi che giungono negli stabilimenti di cura *attualmente ammalati*, cioè in periodo di acuzie dei sintomi, la cura deve essere prescritta con grande cautela, dopo attento esame clinico e dopo valutazione dello *status praesens* del fegato e di tutti gli organi, evitando dosi troppo forti di Acqua Santa, sorvegliando la suscettibilità individuale e la assorbibilità del medicamento.

Se non si hanno incidenti in dipendenza del-

l'azione dell'acqua, stato di coliche subentranti, riaccensione di febbre, ecc., questi infermi, attraverso piccoli episodi acuti, pian piano migliorano: le forze si risollevano, la nutrizione si rende più largamente possibile, le funzioni digerenti si regolarizzano, il fegato si decongestiona, e col ritorno alla normalità delle funzioni turbate la malattia si avvicina alla sua latenza, che è la guarigione clinica, ma che si considera, con gioia, dai sofferenti come guarigione definitiva;

c) Negli infermi cui vengono prescritte le cure idrominerali di Chianciano in momenti di *grave acutezza del male*, senza remissioni e miglioramenti, con ittero da occlusione e con febbre alta da sepsi, la cura diviene problematica e piena di responsabilità. Gli effetti, anche immediati, sono quindi aleatori quanto mai.

Nei primi anni del mio esercizio professionale a Chianciano io ero nettamente deciso di fronte a questi ammalati, per fortuna non numerosi: toglievo loro quasi ogni speranza di possibile miglioramento mediante la cura termale e facevo del mio meglio per rinviarli ai loro medici curanti, perchè seguissero altre vie terapeutiche (sopratutto le chirurgiche), dalle quali potesse aspettarsi quella guarigione, che era pericoloso illudersi dovesse esser data dalla cura idrominerale.

Così facendo avevo la convinzione di ubbidire ai dettami della nostra scienza, ai doveri della mia coscienza e alla difesa delle cure termali, certo non avvantaggiate da fallimenti terapeutici. Ma una spiacevole esperienza personale mi ha portato ad addolcire questo pur giustificato atteggiamento assolutista: essa è stata rappresentata dal non realizzarsi, a volte, della prognosi. E una prognosi infausta che non si avvera, è sempre una condanna, ingiusta e ferocemente crudele, del medico. Infatti alcuni infermi, anche nelle condizioni gravi descritte, essendo terrorizzati dall'atto operativo e decisi a morire, pur di non sottoporvisi, hanno voluto egualmente tentare la cura idrominerale: ebbene, in alcuni si è operato « il miracolo », ed essi, dopo un soggiorno sempre lungo, se ne sono tornati a casa senza l'ittero e i dolori (nei casi di febbre settica ciò non l'ho visto pressochè mai avvenire) lasciando una scìa di discredito per il medico, che li... aveva condannati.

Sono casi eccezionali questi, ma sufficientemente numerosi per consigliare la massima oculatezza nel giudicarli a priori. Sì che oggi, pur non mutando le mie convinzioni terapeutiche, frutto dell'esperienza clinica e delle nozioni anatomo-patologiche, sono molto più prudente e lascio, quando vogliono, *tentare* la cura anche a quegli infermi nei quali l'ittero cronico occlusivo, la sepsi, le coliche subentranti con grave decadimento generale non la giustificano e scientificamente la controindicano. Gli effetti immediati in questa terza categoria, sono naturalmente nulli, salvo i casi eccezionalissimi, al di là della prevedibilità clinica razionale, cui ho accennato.

A proposito degli effetti immediati devo ancora aggiungere poche parole. Degli eventuali inconvenienti proprii dell'Acqua Santa (stipsi, cefalea, ecc.), ho detto. Resta invece, *la questione delle coliche*, che si risveglierebbero *all'inizio* della cura. Questa è una credenza e una paura degli infermi di colelitiasi, che si recano alle non numerose stazioni di cura appropriate. È un pregiudizio, che vige quindi anche a Chianciano; si dice anzi che lo scoppiare di una colica al principio della cura è segno dell'efficacia dell'acqua.

Ho già detto che questo è un pregiudizio: io non ho visto insorgere le coliche epatiche all'inizio della cura che assai raramente e non ho potuto incriminarne l'Acqua altro che quando essa veniva nei primi giorni assunta senza prescrizione medica, incongruamente, a dose sempre eccessiva e quindi producente un'indigestione.

Negli altri casi la crisi dolorosa dei primi giorni era imputabile per lo più a cambiamento di vita, ai contemporanei errori dietetici, e sopratutto agli strapazzi fisici, cui si sogliono abbandonare i pazienti appena arrivano nella stazione termale; nonchè, in un discreto numero di casi, alle scosse e agli strapazzi del viaggio; tanto è vero che molti infermi hanno avuto la crisi di colica appena arrivati, la notte stessa, ancora prima che avessero incominciato ogni cura termominerale.

Quanto agli *effetti lontani*, « judicium pericolosum ». Scrivendo a loro riguardo, dichiaro di tener presenti le note evenienze di remissione *spontanea* e di spontanea guarigione definitiva del male.

Sta di fatto che la stragrande maggioranza degli infermi, che si curano a Chianciano, dopo la prima stagione passano un anno in relativo benessere: solo eccezionalmente dopo la cura (nei 30-40 giorni successivi) hanno una o più crisi dolorose, e poi più nulla.

Dopo la seconda o terza stagione le crisi cessano e la malattia entra in latenza, che può durare, salvo eccezionali episodi, anche per moltissimi anni.

Sonvi infermi, come accennavo, che dopo il terzo, quarto, quinto periodo di cura, la sospendono. Essi si ritengono guariti ed effettivamente non hanno più sofferenze. Ma molti, dopo aver saltato un anno o due la cura, tornano a Chianciano, perchè sono stati di nuovo colpiti dalle

manifestazioni della malattia: e con la ripresa della cura regolare ritorna loro il benessere. Di questi casi che sono i più probativi circa l'efficacia diretta da ascrivere alla cura termale, ho raccolto molte decine di storie cliniche.

Un'assicurazione sull'avvenire data agli ammalati di litiasi è ad ogni modo sempre infondata scientificamente e praticamente imprudente: io ho registrato qualche caso che dopo decenni di cure e di benessere, ha avuto sintomi tumultuari acuti e anche gravi di colecistite, di angiocolite, di occlusione coledocale; da richiedere cure energiche e rapide. Però ho avuto la singolare fortuna di non veder mai, fra gli ammalati che ho finora osservati nella mia pratica, episodi mortali in conseguenza della colelitiasi: l'unica causa di morte è stata la complicazione (o la primitività?) di un neoplasma.

IV. Poco mi resta da dire sulle *controindicazioni* della cura idrominerale della litiasi biliare, avendo accennato già a quelle che indiscutibilmente sono da accettarsi come tali.

La cura di Chianciano, e la terapia idrominerali in genere, è controindicata tutte le volte in cui la calcolosi epatica si trova in periodo acuto: di questo sono sintomi i dolori più o meno continui, le coliche ravvicinate, la febbre abbastanza alta e spesso insorgente con brividi, la ritenzione biliare da angiocolite e da lesione cellulare.

In questi periodi la cura termale suole aggravare e peggiorare i sintomi: bisogna attendere.

Se il quadro morboso volge verso il peggio, è in genere la terapia chirurgica che s'impone; se invece va attenuandosi, accennando a tregua e remissione dei sintomi, la cura idrominerale diverrà possibile e presumibilmente efficace.

Dei singoli *sintomi*, che controindicano, se pur non in modo assoluto, la cura di Chianciano, elencherò gerarchicamente: la febbre da infezione delle vie biliari, l'ittero da occlusione calcolosa, subtotale o totale, i dolori permanenti da pericolecistite.

Condizioni estrinseche precise che si oppongono alla cura sono: lesioni organiche ulcerose delle vie digerenti, gravi disturbi della secrezione gastrica (ipercloridria), dilatazione gastrica di alto grado, nefrite cronica grave, scompenso cardio-vascolare, stati gravi di deperimento organico.

V. Si potrà a questo punto domandare quali sono i *limiti*, che si assegnano alla terapia idrominerale della colelitiasi, o più genericamente quali sono *i confini tra la cura medica* (di cui la idrominerale è uno dei maggiori esponenti) *e la cura chirurgica*.

Quesito quanto mai difficile a risolvere ed irto di riserve.

Certo è che i chirurghi, io credo sopratutto per la loro « forma mentis », sono in maggioranza assai scettici di fronte alla cura medica della litiasi biliare ed addirittura sarcastici quando parlano di quella idrominerale.

Non posso addentrami nella discussione di questo argomento. Il disaccordo nostro con i chirurghi dipende sopratutto dalla differente esperienza personale.

I chirurghi, da Kehr in poi, operano quasi tutti gli infermi di colelitiasi, ma questi sono sempre un esiguo numero di fronte a quelli curati medicalmente. Ciò costituisce la principale causa di errore di valutazione. Ad ogni modo il massimo che il chirurgo possa fare ad un calcoloso è di togliergli la cistifellea e ripulirgli l'epatico e il coledoco. In genere dopo di ciò, almeno nei primi tempi, gl'infermi stanno effettivamente meglio.

La questione sarebbe risoluta *se il calcolo fosse tutta la calcolosi*: ma purtroppo le cose non sono tanto semplici. Le cause, che portarono a quel determinato soggetto a divenir calcoloso, a differenza di un altro, restano. E resta la realtà della malattia, con le sue sofferenze. Questi operati non tornano più dal chirurgo, ma vanno poi dal medico, ed io ne ho visto molte diecine ancora sofferenti, per lo più con coliche, a volte con febbre ed ittero (specie quando invece della colecistectomia fu fatta la colecistotomia) venirsi a sottoporre a cure mediche, e il più spesso idrominerali; quando non sono stati gli stessi colleghi, che amichevolmente inviandomeli, li hanno consigliati di fare le cure minerali.

Ora nessuno, spero, vorrà attribuirmi la stupida idea di ritenere ingiustamente operati tutti i pazienti, che vengono trattati chirurgicamente. Ho antecedentemente più volte detto che in molti casi l'*unica* via di cura è la chirurgica; ho accennato a infermi che ho respinto dalle Terme, per consegnarli, *nel tempo più utile*, al chirurgo.

Ma va ammesso che vi sono limiti fra cura medica e chirurgica; e la loro determinazione deve essere obbiettiva, non subbiettiva. Allora solo non sarà controversa.

Credo di poter ripetere quanto al XXIX Congresso nazionale di medicina interna ebbi a dire a proposito dei confini, entro i quali deve dominare la chirurgia della colelitiasi.

Il malato di colelitiasi deve essere operato nelle seguenti circostanze:

1) quando esiste un calcolo incuneato, occludente il coledoco, che non possa essere asportato che meccanicamente, essendo trascorso il tempo, durante il quale si può aspettare, *senza pregiudizio dell'infermo*, che si riaprano spontaneamente le vie biliari;

2) quando esiste un'infezione della cistifellea e delle vie biliari grave o prolungantesi, con risentimento dello stato generale, in omaggio al dettame: *ubi pus, ibi evacua;*

3) quando esistono dolori continui o coliche subentranti, che portino all'esaurimento dell'infermo, lo pregiudicano fisicamente e lo avviano al morfinismo;

4) quando esiste una sicura eredità cancerosa;

5) quando pur non esistendo alcuna delle precedenti ragioni, le condizioni sociali ed economiche del paziente siano tali da obbligarlo alla continuità del lavoro per vivere, e gl'impediscano le cure mediche, sempre fondate in gran parte sul riposo e la limitata attività.

Circa il *momento*, nel quale il chirurgo deve intervenire, credo impossibile fissare qualsiasi limite: il medico internista, e nel caso nostro il medico idrologo, hanno il dovere di sorvegliare il paziente per non consegnarlo al chirurgo quando l'indebolimento dello stato generale, in un atto operatorio, che è pur sempre grave, esponesse l'infermo a maggiore, ingiustificato e non giustificabile pericolo di vita.

L'*idrope della cistifellea* o la *vescicola sclerosata* e rattrappita sul suo contenuto di calcoli, non rappresentano indicazioni operatorie assolute, quando non dànno altro disturbo o altro sintomo clinico all'infuori della loro palpabilità. In ciò la mia esperienza, che mi ha concesso di seguire per molti anni infermi con grosso tumore vescicolare (idropico e calcoloso) palpabile e cionondimeno in ottime condizioni di salute, coincide colle vedute dei più moderni autori.

VI. Quando, insieme alla cura idrominerale, si possono e si devono mettere in azione, se occorra, *cure coadiuvanti*, sia per rendere più efficaci le cure di acqua, sia per combattere determinati sintomi?

È notorio innanzitutto, come i malati delle vie digerenti abbiano bisogno in estate, di *temperature moderatamente fresche*, essendo danneggiati dal caldo eccessivo. Sotto questo punto di vista la stazione italiana di Chianciano risponde pienamente.

Come pratiche termali coadiuvanti, ricorderò senza ulteriormente insistervi, trattandosi di cosa nota ai cultori della idrologia, i *bagni caldi*, saturi di acido carbonico. Anche per questi, che stazioni d'oltre Alpe devono fabbricare artificialmente, Chianciano è in condizione d'assoluto predominio, possedendo una delle più ricche sorgenti termali di acido carbonico conosciute, l'Acqua di Sillene. Utili in molti casi sono le applicazioni di *fanghi* e tutte le altre pratiche idroterapiche e di *cure fisiche*.

Una speciale parola merita *il problema dell'alimentazione* nelle stazioni termali, adibite a cura della litiasi biliare. Mi si permetta una piccola eresia: io credo che in questa campagna per una rigorosa dietetica si sia alquanto esagerato.

Del resto in questa affermazione sono in buona compagnia; ho con me l'autorità di Kehr, dei migliori specialisti tedeschi e del prof. Ascoli, il quale mi diceva che gl'italiani invocano con tanta fede e tanto rispetto la disciplina alimentare di Karlsbad solo... perchè non l'hanno mai vista.

È certo che coloro, i quali « dal natio borgo selvaggio » o dalle parchè abitudini della quotidiana vita famigliare arrivano in una stazione di cura per far seguire una crapula all'altra, non fanno gl'interessi del loro fegato, e non tarderanno a sentirne le conseguenze.

Del pari è dannoso e ingiusto somministrare, nei pasti delle pensioni e degli alberghi, ad ammalati di colelitiasi quei cibi che l'esperienza clinica ha sancito essere indiscutibilmente dannosi (olii e grassi cotti, uova fritte, cibi conservati, gelati e simili), cibi dai quali questi ammalati, se sono disciplinati, si astengono già abitualmente.

Ma gridare, come si fa, allo scandalo e alla disorganizzazione delle terme italiane solo perchè non vi si segue un regime alimentare obbligatorio assolutamente ospitaliero è ingiustificato, eccessivo, e non coerente con quello, che quindici giorni dopo, gli stessi infermi torneranno a mangiare nelle loro case. Non ho paura di essere frainteso, perchè parlo a colleghi di alta competenza: di fronte al pubblico tacerei.

L'ideale scientifico e pacifico sarebbe che nelle pensioni si adottassero liste di vivande adatte all'igiene alimentare dei colelitiasici, e che a parte, come servizio alla carta, venissero serviti per i coraggiosi, gl'indisciplinati e i sani, tutti gli altri comuni alimenti.

In questo senso, appoggiato dal prof. Ascoli, sto tentando di definitivamente disciplinare la igiene alimentare degl'infermi in cura a Chianciano.

Questo poi all'azione coadiuvante dei *medicinali* veri e propri, non è il caso di parlare: non c'è medico che possa rinunciare, durante la cura idrominerale, a servirsi di quelli, che possono essere richiesti da speciali contingenze: così per es. i calmanti nel caso di coliche epatiche (ricordo l'associazione morfino-atropinica su cui giustamente insiste il prof. Ascoli), così l'urotropina, così qualche lassativo, e via dicendo.

VII. E sono arrivato all'ultimo punto della mia rapida trattazione clinica: le cure *domiciliari* con le acque minerali.

È stato constatato, fin da quando l'empirismo

guidava sovrano le cure termali, che un'acqua minerale ha un effetto incomparabilmente superiore, se bevuta alla sorgente, di quello che può avere se viene assorbita a distanza, dopo un periodo più o meno lungo di imbottigliamento e di conservazione.

L'acqua minerale infetta con l'imbottigliamento modifica parzialmente la sua struttura fisico-chimica, perde molte delle sue cariche elettriche, diminuisce sopratutto i gas rari, che sono appena ponderabili, ma ai quali si ascrive modernamente la massima importanza terapeutica.

A Chianciano, stiamo adottando sistemi d'imbottigliamento e di conservazione che alterino il meno possibile la composizione dell'acqua, realizzando un vantaggio per le cure.

Ma pur dopo quanto ho detto, sarebbe illazione eccessiva togliere o ridurre troppo l'efficacia delle acque minerali, e nella fattispecie dell'Acqua Santa, quando vengono bevute a domicilio.

L'effetto terapeutico, se pur ridotto, rimane evidentissimo.

Io l'ho costatato sempre, nella mia lunga esperienza. D'altronde non sono numerabili gli ammalati che vengono a curarsi a Chianciano solo perchè avevano ottenuto un *chiaro beneficio* dall'uso dell'Acqua Santa, bevuta in bottiglie, dietro prescrizione del loro medico. Quindi l'utilità delle cure domiciliari è incontestabile: deve soltanto esser valutata giustamente.

E le cure domiciliari sono indispensabili, in numerose circostanze, per gli stessi ammalati che hanno fatto la cura estiva alle fonti; si osserva infatti mediante le cure a domicilio, una stabilizzazione ed un prolungamento dei benefici avuti alla sorgente (Ascoli).

Una deficienza, più che altro tradizionale, anche delle nostre Terme, è di essere aperte solo una parte dell'anno. I fattori, che a questo hanno portato sono d'indole varia, e sopratutto connessi col ritmo della vita sociale e con le occupazioni invernali ed estive degli uomini, che lavorano.

Ma non è giusto che nell'inverno sia impedito di fare le cure termali.

Le stazioni più in vista devono incominciare ad attrezzarsi completamente e seriamente, per accogliere infermi anche durante i mesi invernali. Per ora prepararsi ed attrezzarsi, sia pure in linea ridotta, per piccolo concorso di pubblico. Nel corso degli anni si formerà la coscienza di una ripartizione più equa delle cure, e chi soffre troverà sempre quindici giorni per andare a curarsi, specie scegliendo quei periodi festivi (Natale, Capodanno, Carnevale, Pasqua), nei quali la più o meno lunga interruzione del lavoro collettivo, permetterebbe di spendere, con minor danno, il proprio tempo per salvaguardare il *summum munus*: la salute.

***

Ed ora, in questa *terza parte*, un ultimo compito resterebbe: quello di *interpretare il meccanismo*, con cui agiscono nei colelitiasici le cure idrominerali in genere, e quelle di Chianciano in ispecie.

Quand'anche avessi l'illusione di possedere coltura e competenza sufficienti per affrontare quest'arduo tema, io avrei logicamente ora bisogno di riportarmi ampiamente da un lato alla patologia, clinica e sperimentale, della colelitiasi e dall'altro di fissare una lunga serie di capisaldi generali e speciali di biologia, di idrologia, di chimica e di fisico-chimica.

L'illustre Presidente, e ben a ragione, mi toglierebbe allora la parola. Non mi resta quindi che accennare allo stato attuale della questione per sommissimi capi.

L'innato bisogno di conoscere le cause delle cose, che fa degli uomini gli osservatori e gli scienziati, ha in ogni tempo sospinto una falange di eruditi a cercar di spiegare *perchè si formano e come si formano i calcoli biliari;* questo è il punto fondamentale da cui dovrebbe ora partire la nostra indagine, per cercare di trovare, conoscendo le cause, i mezzi atti a neutralizzarli nel loro primo effetto e nelle secondarie conseguenze.

Pur facendo astrazione dalle osservazioni della patologia antica, non perchè tutti i dati che essa raccolse siano da buttare (e a tal uopo basti l'accenno ai concetti, oggi sotto altra veste risorgenti, della patologia umorale) v'è una serie di fenomeni tutti egualmente reali ed esistenti, che, presi più o meno singolarmente, sono venuti a formare *ciascuno* la base di una delle molteplici teorie moderne sulla litogenesi biliare. La teoria dell'infezione e della stasi, ammessa dalla scuola di Naunyn, la teoria anatomica di Aschoff e Bacmeister, le idee umorali di Chauffard ed allievi, le ultime ricerche sulle funzioni neuromotrici e-secretorie di Schmiedens, le esperienze dei fisico-chimici, pur tanto differenti fra loro stesse come per es. nel concetto della precipitazione a gocce di Schade e delle precipitazioni ritmiche dei sistemi colloidali di Liesegang.

Ciascuno di questi autori (anzi ciascuno di questi gruppi di osservatori, notevoli tutti e singolarmente per numero di indagini e di controlli nonchè per autorità di nomi) parte, com'è logico, per fondare la *sua* teoria, da *fatti* realmente os-

servati. E i fatti, al contrario delle interpretazioni, sono realtà.

Orbene, se *tutti* i singoli fatti fondamentali sono reali e *veri*, perchè non domandarci se l'attuale disaccordo sulla genesi dei calcoli biliari non dipenda da una ingiustificata unilateralità di spiegazioni patogenetiche, per lo più tenacemente difese a solo scopo scolastico?

Ogni giorno l'esperienza ci insegna quanto siano fallaci i concetti monoteistici e semplicistici nell'interpretazione dei fenomeni della vita.

Allora forse le apparenti disparità di idee si appianerebbero quando *i fatti*, quali sono e li ha accertati l'osservazione fossero considerati, non singolarmente, ma come tanti momenti causali, *successivi o concomitanti*, che non si escludono, ma possono coesistere nella determinazione etiologica della malattia.

In realtà costituzione ed ipercolesterinemia, stasi ed infezione, catarro litogeno e paralisi motoria delle vie biliari, modificazioni fermentative e precipitazioni fisico-chimiche sono per davvero così difficilmente intravedibili in connessione causale o di concomitanza (forse anche indispensabile) per portare alle genesi del calcolo e quindi alle spiegazioni della malattia? Questo non è eclettismo neutralista o incompetente: è riconoscimento del vero, senza pregiudizi e senza ordine di difendere posizioni scolastiche: è *la verità obbiettiva*.

Mi fermo sulla soglia dell'argomentazione, perchè non siamo qui per snocciolare teorie.

È giusto quindi concludere che la calcolosi biliare ha dunque per basi etiologiche *molteplici fenomeni*, che sono per loro stessi bene conosciuti e che, per quanto ancora mal collegati fra loro, forniscono una abbastanza chiara idea della malattia e del suo successivo evolversi.

Veniamo ora alle acque minerali. Qui le cose sono più facili ad esaminarsi.

L'azione delle acque è sottoposta, in larga misura, a *leggi* fisiche, chimiche, e fisico-chimiche, che la indagine moderna ha abbastanza sufficientemente svelate e scientificamente fissate. Voi le conoscete e non mi indugerò a rievocarle.

Se non ci fosse l'*inconosciuto fattore « vita »* sarebbe facile portare queste leggi a spiegare quei fenomeni; ma noi non pensiamo nemmeno lontanamente a questo trasporto; la vescicola biliare del vivente non è il bicchiere del laboratorio. Però, poi che ogni indagine deve essere guidata da un presupposto da mettere al cimento dell'esperimentazione e della critica, noi possiamo cominciare col ravvicinare i due suddetti campi di studio — l'organico vivente e il minerale — per cercare di intravvedere da quali delle comuni *leggi generali*, cui non si può sottrarre, qualunque essa sia, *la materia*, essi siano governati: e quindi trovare i primi ponti di collegamento.

Partiamo dunque dalle nozioni semplicissime, ma certe, di chimica e fisico-chimica. Sta di fatto che *la bile è un complesso organico colloide*, il quale, pure attraverso le incognite della materia vivente, deve in un certo senso, sottostare alle leggi fisse della chimica e della fisico-chimica.

Dall'altro lato sta l'acqua minerale, che è precipuamente soluzione di elettroliti.

Ora applichiamo la sintesi di Schade: « la sorte di un colloide sta sempre in mano ad un elettrolito », ed avremo almeno la via aperta per lo studio avvenire.

Sono osservazioni correnti per chi si occupa di fisico-chimica, la gelificazione, la solidificazione, la precipitazione di imponenti masse di colloidi per tracce di elettroliti e tutti conosciamo le leggi della funzione protettiva (Schutzwirkung) verso alcuni collolidi di altri colloidi o di determinati elettroliti.

Queste funzioni protettive erano, seppur con altro concetto, già da tempo messe in evidenza per la bile; la colesterina sarebbe, secondo ricerche tutt'altro che recenti, tenuta in soluzione e difesa dai sali biliari: i grassi della bile liberandosi porterebbero a precipitazione altre sostanze e così di seguito.

Su questa stessa via sbocca ora l'indagine più moderna per l'interpretazione dell'azione delle acque minerali nella colelitiasi.

Alcuni dati di fatto sono già scientificamente acquisiti e riguardano fenomeni che precedono o accompagnano la litogenesi biliare.

Vediamo infatti quello che accade per l'*aumentata secrezione di muco*. Prescindendo dalla causa diretta che la produce (e che rappresenta, in ogni caso, il fattore etiologico), io credo che l'aumento del muco nella bile sia la prima manifestazione, e una delle essenziali condizioni efficienti, che porterà alla precipitazione litogenetica. La mucina infatti è un colloide squisitamente elettronegativo; la sua presenza turberà l'equilibrio elettrico del colloide biliare e lo renderà in parte precipitabile.

Su questo primordiale disturbo di secrezione mucosa, che costituisce clinicamente ed anatomopatologicamente il ben conosciuto fenomeno del catarro delle vie biliari, può agire l'acqua minerale? La esperienza clinica ha già risposto affermativamente. Oggi noi possiamo, idrologicamente, pensare che su questa secrezione mucosa si esplichi effettivamente, e forse primitivamente, l'azione dell'acqua minerale: è una azione antionchica nel senso di Schade, che è diversa da

quella astringente o caustica, ed è la vera azione anticatarrale, per indicarla appunto con il nome corrente.

In egual modo potremmo prendere in esame ed interpretare le modificazioni chimiche derivanti alla bile vescicolare dallo *sfaldamento epiteliale*, dalle *trasudazioni vescicolari parietali*, dal *metabolismo batterico*, dalla *liberazione di grassi e lipoidi per disfacimento leucocitario*, onde derivano al complesso colloide biliare modificazioni *qualitative* dovute all'assorbimento di determinati elementi, a concentrazione di altre sostanze, ecc., ecc.

Tutto ciò porta in breve tempo a nuove condizioni dei colloidi biliari fra loro, nonchè all'aggiunta ad essi di cristalloidi, derivanti sopratutto dal sangue. Donde la instabilità della soluzione normale biliare e la possibilità di precipitazione di parti solide.

Ecco dunque il presupposto di studio, cui accennavo: stabilire tutte le tappe di queste modificazioni e vedere come esse possano essere corrette dall'arrivo dell'acqua minerale, con la sua ricca composizione salina, con la sua abbondanza di elettroliti carichi positivamente e negativamente ed attivisismi, con la presenza di ioni ad azione ormonica (ricordiamo le moderne esperienze sull'azione del calcio e del magnesio paragonabile all'azione dell'adrenalina e della pilocarpina). In tal guisa l'*acqua minerale esplica una serie già intravedibile di azioni correttive*: essa stimola gli importanti nervi motori delle vie biliari, modifica la secrezione della cellula epatica ed evita i ristagni e quindi ripristina la costituzione fisicochimica della bile secreta, agisce in senso antionchico sulla mucosa della colicisti e dei dotti ed evita l'eccesso di muco, di cui vedemmo l'azione, apporta gli elettroliti protettivi o mantiene in soluzione gli « schutzwirkende Kolloide » necessari per impedire le precipitazioni, ecc.

Questo complesso di azione, non si può attribuire, io credo, a questo o a quell'elemento presente nell'acqua minerale; il più importante progresso nell'applicazione della fisico-chimica moderna alla biologia sta nella conoscenza dell'azione biologica *non già di un singolo colloide o elettrolito ma dei gruppi di equilibrio o di sinergia*.

Così è dimostrato che l'azione antionchica viene sviluppata dal gruppo Na, K., (Ca + Mg) nelle proporzioni di 100:2:2. Analogamente gli studi di Loeb sullo sviluppo delle uova del *Fundulus*, che normalmente vivono nell'acqua del mare, hanno messo in evidenza che dette uova possono svilupparsi anche nell'acqua distillata, ma muoiono in una soluzione *pura* di cloruro di sodio (che pure è il componente essenziale dell'acqua marina) e da questa morte le salva una *traccia* di calcio o di ferro o di magnesio.

Queste concezioni personali tanto sulla genesi della colelitiasi quanto sulla azione delle acque minerali devo, per necessità di luogo e di tempo, limitare all'enunciato sintetico: ma esse sono abbastanza chiare, io credo, perchè possano essere giudicate.

Ora tornando a noi, quali sono i componenti, quali complessi elettrolitici che agiscono nell'Acqua Santa?

Non m'è possibile dirlo oggi. Verosimilmente la sua azione deve risiedere nell'equilibrio fra gli elementi predominanti: calcio, magnesio, sodio e solfo; certo è che un ben *determinato gruppo chimico di equilibrio* esiste nell'Acqua Santa ed è quello che le conferisce *individualità* ed è quello forse che spiega la *specificità* della sua azione nelle alterazioni (cause od effetti) della colelitiasi. In tale azione entrano anche i gas rari disciolti, verso i quali oggi ansiosamente, e con giustificato motivo si indirizzano le ricerche moderne, intravvedendo una loro azione forse tanto più importante quanto minore ne è la dose presente.

Con queste nostre idee direttive, quale ho brevemente adombrate, noi intraprenderemo degli studi sul meccanismo d'azione delle cure idrominerali in parola. Per i quali studi, senza eccessivi entusiasmi, si può dire di possedere una positiva linea di guida e di avere acquisito già alcuni *risultati*, che non sono più affermazioni vaghe, generiche, poetiche.

Infatti fino a ieri clinici ed idrologi avevano, disorientati, cercato di spiegare l'azione delle acque.

I filosofi l'avevano avvolta nel misticismo.

I chimici risposero alle domande dando le tabelle dei componenti minerali: ma il chimico puro è l'anatomo-patologo dell'acqua minerale: esso dà la sezione del cadavere. Chiedere ad esso di più io dico (ampliando un concetto di Gasperini) che equivarrebbe a voler dedurre dai risultati dell'analisi chimica di un cervello umano, una volta conosciutene le percentuali di fosforo e di potassio e di azoto, ecc., che esso contiene, se detto cervello apparteneva ad un genio o ad un idiota.

Noi dobbiamo dunque adire le nuove vie del vero, restando sul saldo terreno dei fatti, almeno del *vero di oggi*.

Poichè non possiamo dimenticare quanto scriveva Vittorio Ascoli, che « l'incognito scientifico si sposta, si allontana, e l'intima sua essenza sfugge sempre all'analisi ».

E dalla non lontana Pisa, Galileo ancora ammonisce: « vana fatica, inutile impresa, tentare le essenze ».

LEZIONI.

L'ipertensione arteriosa.

(W. D. REID. *Boston med. and Surg. Journal*, 7 maggio 1925).

In considerazione del notevole numero delle persone che ne sono affette, della frequente associazione di complicazioni cardiache, renali e cerebrali, della morte precoce, l'argomento della ipertensione arteriosa è giustamente classificato come uno dei più importanti problemi della medicina; la stessa classe medica lo riconosce e lo dimostra con il gran numero di pubblicazioni su tale tema. Molti studi sono stati fatti in passato e continuati al presente, molti laboratori si sono occupati della questione, ma dobbiamo confessare che fino ad ora l'accordo non è raggiunto per quanto riguarda l'esatta natura delle condizioni che provocano lo stato di pressione elevata. Discuteremo qui alcuni aspetti del problema, avanzando alcuni concetti che speriamo possano essere utili ai medici i quali debbono curare pazienti con abnorme elevamento della pressione.

Quando, in un paziente si riscontra una pressione persistentemente elevata, si può trattare di tre gruppi di condizioni. Uno di essi — *l'ipertensione vascolare cronica* — sembra abbastanza distinto ed è stato descritto con vari nomi (ipertensione essenziale, o primaria, iperpiesi di Albutt, malattia cardiovascolare cronica, arteriosclerosi, ecc.). La seconda forma — *l'ipertensione cronica con diabete* — differisce dalla prima soltanto per il disturbo nel metabolismo degli idrati di carbonio. Il terzo tipo è sufficientemente distinto — *l'ipertensione cronica con nefrite* — e corrisponde alla nefrite interstiziale cronica ed alla malattia cardiovascolare. E' assolutamente necessario scindere questi gruppi dall'arteriosclerosi che si trova di solito nei vecchi e che è associata ad altri cambiamenti senili ed in cui l'elevamento della pressione non è caratteristico,

Nel passato l'ipertensione arteriosa venne attribuita all'arteriosclerosi od alla nefrite o ad entrambe. Ora, la pressione sanguigna cronicamente elevata può aversi prima della comparsa delle modificazioni arteriosclerotiche, come è comprovato dai risultati di autopsia. D'altra parte tutte le persone di 60 e più anni di età sono praticamente affette da arteriosclerosi senza che nella maggior parte di esse si abbia ipertensione. E' possibile però che ipertensione ed arteriosclerosi siano dovute alla stessa causa prima, ed è provato che l'ipertensione può di per sè portare lesioni anatomiche vascolari.

La presenza di nefrite in pazienti morti per ipertensione aveva portato a ritenere che le lesioni renali fossero la causa dell'ipertensione. Vi è però sproporzione fra l'estensione delle modificazioni anatomiche renali ed il grado di ipertensione, mentre vi sono studi che dimostrano come la funzione renale sia poco o punto diminuita in persone affette da ipertensione; dalle autopsie risulta che in tali casi le alterazioni sono di natura sclerotica nei grossi vasi e non estese salvo nei casi di lunga durata. Le lesioni renali sarebbero consecutive piuttosto che precedenti all'aumento della pressione sanguigna; che questo poi non possa essere prodotto dalle lesioni renali, lo dimostrano le esperienze di Anderson, secondo cui l'asportazione del 70 per cento del tessuto renale in conigli non porta ipertensione, anche quando ha per conseguenza l'insufficienza renale; se ne inferisce quindi che l'atrofia del tessuto renale nella glomerulo-nefrite cronica non è la causa della concomitante ipertensione.

Fra le altre teorie che vorrebbero spiegare la genesi dell'ipertensione sono le seguenti: 1) *l'eccesso di proteine nella dieta*. Recenti ricerche dimostrano che questa non può essere la causa. Anche le statistiche del « Life Extension Institute » sono contrarie a questa teoria, poichè si è trovato il 16 per cento di individui a dieta altamente proteica nel gruppo della ipertensione ed il 29 per cento in quelli a pressione normale. Analoghe osservazioni si possono fare per il *tabacco* (30 per cento nel primo gruppo, 37 per cento nel secondo); 2) *il metabolismo del cloruro di sodio*. Non vi è però nessun fatto sperimentale nè clinico che dimostri che il cloruro di sodio aumenti la pressione sanguigna; 3) *le tossine circolanti*, teoria che Moschowitz ha dimostrato insufficiente; 4) *qualche prodotto del metabolismo*, che si trovi in eccesso o sia trattenuto da imperfetta eliminazione; la guanidina ha di fatto un effetto tensivo e la tiramina (derivante dalla tirosina) produce, come l'epinefrina, uno spasmo vascolare con aumento di pressione; 5) *l'eredità* è un fattore discusso tanto più che probabilmente la ragione per cui l'ipertensione si manifesta in certe famiglie va ricercata nel fatto che gli individui si trovano nelle stesse condizioni ambientali; 6) *la razza*. Praticamente, si osserva che la pressione sanguigna si mantiene allo stesso livello nelle diverse razze quando si trovano nelle stesse condizioni; 7) Un'osservazione importante è quella che nell'anamnesi di molti pazienti con ipertensione si trova che in gioventù essi hanno sofferto di cuore irritabile, di sindrome da sforzo; Alvarez parla della cianosi delle mani come

di un segno della diatesi ipertensiva. Ora accade che questi individui rifuggono naturalmente dai lavori fisici e si dedicano quindi a lavori mentali, ciò che costituisce una condizione per lo sviluppo dell'ipertensione.

*
* *

Il problema dell'ipertensione va considerato soprattutto dal punto di vista fisiologico anzichè da quello dell'anatomia patologica, in quanto che non vi sono modificazioni anatomiche nell'ipertensione pura. Il meccanismo cardiovascolare è regolato da centri nervosi che risiedono nel midollo allungato ed hanno vasti rapporti con tutto l'organismo non escluso il cuore stesso. Le risposte di tale sistema sono guidate da due meccanismi antagonistici, l'uno cardioinibitore che previene un eccessivo lavoro del cuore e dà alla sua muscolatura il tempo necessario per la riparazione metabolica; l'altro cardioacceleratore che tende a mantenere la pressione sanguigna ad un determinato livello.

Ora, la pressione sanguigna è spesso instabile nell'ipertensione ed il suo livello può essere elevato in una delle due fasi sistolica o diastolica od in entrambe. Ciò indica che l'aumento della pressione sta sotto l'influenza di due fattori, la vasocostrizione (provocata dal sistema nervoso centrale) e l'aumento dell'azione cardiaca. Quest'ultimo aumenta anzitutto la pressione sistolica e solo in minima parte la diastolica, mentre quando entrambe sono aumentate, si deve pensare all'intervento dei due fattori.

Nell'ipertensione si avrebbe a che fare con una condizione in cui è disturbato il controllo nervoso della pressione sanguigna, sia nel senso di una stimolazione del simpatico, sia in quello della diminuzione dell'influenza inibitoria del vago oppure in entrambi i modi. In altre parole, la ipertensione sarebbe l'espressione di un'attività abnorme del vago o del simpatico o di entrambi.

Occorre però trovare la causa per cui si ha tale anormalità e noi dobbiamo ricercarla in qualche fattore che agisca per un lungo periodo, che si eserciti su persone di tipi e di razze diverse e che esplichi la sua azione sul vago come sul simpatico. Tale fattore noi troviamo in una dieta errata, specialmente deficiente in calcio. La riduzione del calcio nell'organismo abolisce od attenua l'influenza inibitoria del vago, sicchè il simpatico può più o meno liberamente esercitare la sua influenza. Vi sono poi sostanze, come la guanidina ed i suoi composti, che possono a loro volta provocare un innalzamento di pressione esercitando la loro azione sul simpatico che si trova già in condizione di ipersensibilità. Oltre che con la dieta difettosa, le deficienze nel metabolismo del calcio possono stare in rapporto con le ghiandole endocrine, il timo, le paratiroidi, le ovaie; questo punto però è tuttora oscuro.

In connessione ed in appoggio di questa teoria, sta il fatto che il contenuto del calcio nel sangue degli ipertési è stato trovato minore di quello dei normali. In questi, il calcio si trova in quantità di 10.8-12 mg. per 100 cmc. di sangue negli individui sotto i 40 anni e di mg. 10.65-11.5 sopra tale età; negli ipertesi si hanno invece 9.5-11 mg. per 100 cmc. di sangue. Una comprova della teoria sarebbe data dai buoni risultati ottenuti da Addison nell'ipertensione con la somministrazione di cloruro di calcio nell'ipertensione, in ragione di 10-11 grammi al giorno.

Può darsi che il calcio non sia l'unica sostanza di cui la deficienza porta ad un aumento nella pressione sanguigna. Forse esso è un esempio meglio conosciuto e più investigato dell'importanza della composizione dei liquidi tessulari, importanza che è anche dimostrata dalla suscettibilità di alcuni individui a certe sostanze come la morfina, le fragole, i molluschi. Certamente altri studi sono necessari per completare il quadro dell'ipertensione arteriosa e per dare utili conoscenze, non solo per la profilassi ed il trattamento dell'ipertensione, ma anche per il controllo dei prodotti del metabolismo in casi di ipertensione arteriosa avanzata. Ma intanto è soprattutto necessario far rilevare come sia da ritenersi assodata l'importanza che la deficienza del calcio nella dieta comune dei popoli civili odierni ha nella genesi dell'ipertensione.

FILIPPINI.

SUNTI E RASSEGNE.

VIE URINARIE.

Un caso di ectopia della vescica operato secondo Makkas.

(VALLER. *Z. f. Ch.*, 1924, 1841).

Un fanciullo di 6 anni, con ectopia della vescica, epispadia e bacino aperto, non trattato precedentemente, fu operato il 20 dicembre 1922. Laparotomia mediana, esclusione completa del cieco con impianto dell'ileo al colon in vicinanza del moncone, e appendicostomia all'estremo inferiore della ferita laparotomica chiusa a tre piani.

Si lasciarono passare 2 mesi fra questo primo intervento e il secondo; e nel frattempo il cieco così adattato a nuova vescica fu lavato attivamente per mezzo di catetere introdotto dall'appendice e anche provato alla sua nuova funzione versandovi e lasciandovi ripetutamente per alcune ore ogni volta, l'urina raccolta dal malato stesso. Inizialmente, la futura vescica aveva la capacità di 100 cmc.

Il 21 febbraio 1923 il trigono vescicale con gli ureteri normali fu impiantato nella tenia libera del cieco escluso. L'appendice con la sua estremità aperta fu suturata nello spessore della parete addominale verso sinistra. Peritoneo e fascia furono chiusi con sutura e la primitiva sede della vescica fu trattata per seconda. La guarigione decorse indisturbata, eccetto che per la suppurazione di un punto in vicinanza del moncone dell'appendice. Da principio si lasciò il catetere a permanenza. Il 6 marzo la capacità della nuova vescica era già di 250 cmc. Per giudicare quale potere assorbente esplicasse il cieco in relazione ai prodotti tossici dell'urina, si volle provare se vi venisse assorbita una soluzione di glucosio; 200 cmc. di detta soluzione al tasso del 10 % non produssero aumento del valore glicemico.

Otto mesi dopo l'operazione si potè stabilire che il fanciullo era continente in modo assoluto, sia di giorno che di notte. Non prendeva disinfettanti, non era sottoposto a lavaggi vescicali. A casa si cateterizzava da sè, di giorno ogni 3 ore, di notte ogni 4. Egli e i suoi genitori erano molto contenti di questo stato. Ad ogni cateterismo si ricavano circa 150 cmc. L'urina e l'eliminazione giornaliera era di più che 1 litro. Una notte rimase 10 ore senza svegliarsi e senza aver perduto una sola goccia d'urina. Al risveglio ebbe nausea. In vescica erano contenuti 500 cmc. d'urina. Di solito, l'urina era torbida per presenza di muco, e aveva reazione debolmente acida o debolmente alcalina. Debolmente positiva era la reazione dell'albumina e nel sedimento si trovavano leucociti e batterii. La chiusura della nuova vescica era data dalla valvola di Gerlach. Il vuotamento mediante catetere era completo, e — per un riempimento che comportasse circa 100 cmc. — avveniva con pressione di una colonna d'acqua di 36 cm.

Secondo l'A., i vantaggi offerti da tale operazione, di sottrarre completamente l'urina alla promiscuità con le feci, e di pesare e di saggiare il comportamento della nuova vescica al contatto urinoso, ipercompensano il danno dell'uso abituale del catetere.

B.

Distruzione col radium dei cancri della vescica.

(BARRINGER. *The Journal of Urology*, vol. XIII, numero 2).

Crede indicato il radium nei tumori maligni papillari a larga base, duri che recidivano subito dopo la folgorazione, o dei quali l'esame istologico dimostra atipia dell'epitelio e sviluppo infiltrativo. E anche nei tumori piatti, ulcerati, che infiltrano la parete viscicale. Ecco la statistica riportata: epiteliomi papillari 23 casi, 15 di essi guariti da più di 2 anni; in 4 di questi 15 casi mancò la prova istologica di malignità, la diagnosi fu fatta in base ai reperti clinici. Dei 15, 13 interessavano il collo o il trigono. In 12 casi applicò il radium col cistoscopio, in 3 attraverso una epicistotomia. Epiteliomi infiltrati 61 casi, guariti 18: 16 di questi interessavano il trigono o il collo. In 6 casi era stato applicato il radium per le vie naturali, in 12 previa cistotomia, 8 sono guariti da 1 a 3 anni, 10 da più di 3 anni. In tutti i casi nei quali il tumore era limitato alla vescica, anche se molto esteso ha usato quasi sempre tubi di emanazione. Ha notato che gli epiteliomi a tipo Malpighiano che clinicamente non si possono distinguere dagli altri epiteliomi infiltrati sono specialmente resistenti al radium: di 3 casi uno solo è guarito.

In caso di epitelioma papillare quando esegue l'impianto degli aghi col cistoscopio, usa prima tagliare con l'ansa la parte sporgente del tumore per riconoscerne meglio la base. I casi più sfavorevoli furono quelli nei quali il tumore come si poteva sentire con la palpazione infiltrava largamente la sottomucosa; però anche in questa categoria ha potuto avere qualche successo usando tubi di emanazione di radium di 0.6-0.7 millicuries. Il trigono e il collo non sopportano i tubi di emanazione. È meglio in questi casi impiantare degli aghi di radium element. Ogni centimetro quadrato richiede un dosaggio di 100 millicuries-ora.

L'A. ricorda come sia stato frequentemente os-

servato che un'infezione streptococcica possa inibire l'azione del radium; non ha però studiato la batteriologia delle infezioni vescicali dei tumori da lui trattati. Ricorda pure come venga rallentata l'azione del radium in pazienti aventi un tasso di emoglobina scarso. Consiglia in tali casi le trasfusioni. Ricorda inoltre i cattivi risultati che si hanno con la Röntgenterapia.

M. ASCOLI.

INFEZIONI.

Sulla tularemia.

(E. FRANCIS. *Jour. A. M. A.*, 25 aprile 1925).

Ce ne siamo già altre volte occupati.

È una setticemia gravissima dovuta al B. tularense, che colpisce specialmente i conigli, ma può essere trasmessa all'uomo dalla puntura di insetti o zecche, o dal contatto col sangue o cogli organi di un roditore infetto (uomini di mercato, cuochi, cacciatori, addetti a laboratori). È l'unica malattia dell'uomo, scoperta, e completamente studiata, dai soli americani.

Mac Cog nel 1917 descrisse un'epidemia degli scoiattoli della contea di Tulare, in California, e, insieme con Chapin, ne scoperse il bacillo, che denominò Bacterium Tularense. Trovò anticorpi per detto bacillo in alcuni uomini del suo laboratorio che avevano sofferto disturbi.

E. Francis nel 1920 isolò il B. tularense in vari casi di febbre dell'Utah, malattia comune in questo Stato, che colpisce uomini e conigli, e dovuta alla puntura della Chrysops discalis; diede il nome di tularemia al morbo. Già negli anni precedenti era stata descritta una congiuntivite da B. tularense.

J. Thompson, in Washington, nel 1921 riconobbe che la malattia, frequente, negli uomini di mercato, da essi detta febbre dei conigli, era dovuta al B. tularense.

H. Lamb nel 1923 descrisse un tipo glandolare di febbre da zecche, senza eruzioni, dovute al B. tularense: questo fu trovato nel Dermacentor andersoni, e in altre zecche.

Per quanto ora si sa la tularemia è confinata negli Stati Uniti. L'A. riporta brevemente tutti i 49 casi finora descritti. Distingue due tipi clinici: un tipo glandolare e un tipo tifoide. Il tipo glandolare ha un'incubazione da 2 a 9 giorni, l'inizio è improvviso, con cefalea, brividi, dolori vari, vomito, prostrazione, febbre. Nelle prime 48 ore sono generalmente interessate solo le ghiandole regionali, che appaiono dolenti e ingrossate, spesso anche 24 ore prima dell'inizio dei sintomi generali. Poi sono presi anche altri gruppi glandolari, inoltre nel punto dell'inoculazione appare una papula, che presto si rompe e diviene un'escara necrotica, che dà poi luogo a un'ulcera, coi bordi a picco, di circa mezzo centimetro di diametro. La febbre può salire a più di 39°; spesso ha una forte remissione il 3° o 4° giorno, e poi risale, e dura continua per 15 o 20 giorni; in qualche caso vi furono forti remissioni mattutine. Le ghiandole affette possono suppurare e rompersi, o restare dure per qualche mese.

La leucocitosi non è costante.

Le agglutinine appaiono in seconda settimana, e durano per qualche anno.

La morte è rara, ma la convalescenza è lunga; generalmente il lavoro non può esser ripreso prima di un mese.

Il tipo tifoide rassomiglia clinicamente al tipo glandolare, ma in esso mancano le tumefazioni glandolari e i fatti locali. Esso si osserva di preferenza nelle infezioni di laboratorio, in coloro che maneggiano organi di animali infetti, o culture. Eccezionalmente si mostrarono ingrossate le glandole cervicali.

La porta d'ingresso per le infezioni di laboratorio pare possa essere la pelle intatta, come è dimostrato possibile per le cavie, e forse l'inalazione di goccioline infette.

In natura i serbatoi del virus sono gli scoiattoli ed alcuni conigli. La trasmissione all'uomo avviene generalmente per animali ematofagi, zecche e ditteri (Haemaphysalis leporis palustris, Haemodipsus ventricosus, Chrysops discalis, Dermacentor andersoni).

In laboratorio il topo bianco fu infettato da un pidocchio, il Poliplax serratus. Capaci di trasmettere l'infezione si sono dimostrati la cimice comune, la Stomoxis calcitrans, il Ceratophyllus acutus.

Da uomo a uomo la malattia non è direttamente contagiosa, salvo il caso di punture con aghi infetti.

La malattia sembra lasci immunità duratura nell'uomo, essendo riportato un solo caso di reinfezione: negli animali tale immunità non è evidente.

La diagnosi differenziale comprende le adenopatie febbrili, il carbonchio (che tuttavia è facile escludere) e sopratutto il tifo e le affezioni settiche.

Un caso destò a tutta prima il sospetto di colangite. Per la diagnosi occorre tener conto della provenienza e occupazione del malato, e dell'agglutinazione, oltre che del quadro clinico.

L'agglutinazione è generalmente positiva, in seconda settimana, ad un titolo superiore a 1:100.

Il siero di convalescenti si può conservare sterilmente, o diluito con altrettanta glicerina, per

la prova della deviazione del complemento: ne occorre cmc. 0.5 o poco più.

Il pus degli ascessi, o le poltiglie di organi di animali sospetti, si possono iniettare nelle cavie: queste muoiono in circa una settimana se v'è il B. tularense, mostrando lesioni abbastanza caratteristiche delle linfoglandole, della milza e del fegato. La milza, in glicerina, rimane virulenta per circa un mese.

Da cavia a cavia si può trasmettere l'infezione frizionando il materiale infetto sulla cute rasata. Meno facile è infettare le cavie con l'iniezione endoperitoneale di sangue infetto.

Il B. tularense non si può riconoscere col solo esame microscopico: esso è un piccolo bastoncello immobile gramnegativo: non cresce su agar comune, cresce, poco rigogliosamente, su terreni al giallo d'uovo e cistina.

Il trattamento della tularemia è puramente sintomatico: non si dimostrano efficaci i sieri e i vaccini. Le ghiandole non vanno incise finchè non sono ben fluttuanti. Per le autopsie di animali infetti da B. tularense è necessario portare guanti di gomma. DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BRUGSCH TH. *Ergebnisse der gesamten Medizin.* Band VI, H. 3 e 4. Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1925. G. M. 10.

Con questo fascicolo comprendente le due puntate III e IV, si compie il 6° volume degli *Ergebnisse* del Brugsch. Argomenti vari sono in esso trattati, alcuni interessanti particolarmente i medici, altri i chirurgi, altri infine gli specialisti. Infatti accanto all'esposizione delle varie indicazioni per il trattamento delle diverse forme di tubercolosi, sono trattate le alterazioni dovute alla gonorrea nell'apparato genitale femminile, le emorragie uterine e la loro cura, i rapporti fra ghiandole endocrine e la personalità; la ciclotimia, la colangite, la tubercolosi dell'occhio, ecc. Ogni capitolo, affidato nella sua compilazione ad autori particolarmente versati sull'argomento, riunisce chiaramente, e in facile compendio, quanto è acquisizione delle più recenti osservazioni ed indagini, ed è corredato da dimostrazione e nitide illustrazioni. TR.

C. TARCHETTI e C. P. GOGGIA. *Microscopia e Batteriologica clinica.* Seconda edizione. Un volume in-24° di pag. 811 con 371 fig. nel testo. F. Vallardi, ed., Milano, 1925. Prezzo L. 45.

Gli esami microscopici e batteriologici sono diventati oggi una vera necessità per il medico che, senza di essi, si trova non di rado imbarazzato davanti ad un problema diagnostico. Un buon manuale di tecnica per queste ricerche ci è dato da questo dei proff. Tarchetti e Goggia. In esso, alle nozioni generali di tecnica microscopica e batteriologica ed ai cenni sui principali microorganismi patogeni, segue la parte speciale con gli esami del sangue, degli essudati, del liquor, del contenuto gastrico, delle feci, dell'espettorato, delle urine, del latte, ecc. Una buona parte del volume è occupata dalla sintesi delle nozioni date precedentemente, in forma di norme pratiche per la diagnosi microscopica e batteriologica delle principali malattie. Chiudono il volume alcuni cenni di chimica clinica.

L'attuale edizione, in confronto della precedente appare di molto modificata ed aumentata di circa 300 pagine; poco buone ci sembrano alcune delle figure ed è da augurarsi che in un'altra edizione che auguriamo prossima vengano sostituite con altre più nitide e dimostrative. Il valore del volume merita tale modificazione.

fil.

CALMETTE, NEGRE, BOQUET. *Manuel Technique de Microbiologie et Sérologie.* Masson et C., Paris. Fr. 35.

Di trattati di batteriologia, ai quali il ricercatore deve spesso ricorrere, ne esistono molti, mentre fino ad ora mancava un libro di piccola mole e che fosse in grado di indicare al batteriologo, nel momento in cui ne ha bisogno, il tale procedimento tecnico. la formula di un reattivo. la tecnica di esperienze, delle quali, pur essendo noti i princìpi, i dettagli non possono essere continuamente tenuti alla memoria.

Calmette ed i suoi collaboratori hanno concepito e realizzato quest'opera, così spesso desiderata, raggiungendo pienamente lo scopo prefisso.

Oltre alle tecniche generali e speciali occorrenti per la determinazione dei microbi, gli AA. trattano diffusamente degli esperimenti sugli animali, dell'analisi dei germi dell'aria, dell'acqua, del suolo; della deviazione del complemento e della flocculazione, ecc.

Un'intera parte del volume è dedicata alla preparazione e titolazione dei vaccini e dei sieri terapeutici.

Un indice alfabetico assai completo permette di trovare rapidamente l'indicazione desiderata o il procedimento che s'intende eseguire.

A. POZZI.

ARTHUS M. *Précis de Chimie Physiologique.* Dixième éd. Un vol. in-8 di pag. 480. Masson et C.ie, 1925, Parigi. Fr. 22.

È un'opera intermedia fra i trattati di chimica fisiologica e quelli di fisiologia, che offre agli stu-

diosi tutte le nozioni chimiche necessarie per lo studio della fisiologia: vi è tutto l'indispensabile senza essere mai complicato dal superfluo.

Pur lasciando al libro il suo carattere primitivo di semplicità, l'A. l'ha messo al corrente dei progressi rapidi della fisiologia.

Nuove nozioni sono state aggiunte infatti, su alcune proprietà delle soluzioni, sulla costituzione della struttura della molecola proteinica e dei suoi prodotti di disintegrazione, sulla composizione e sull'azione dei succhi digestivi, ecc.

Interessantissimo è anche un capitolo completamente nuovo sugli enzimoidi.

A. POZZI.

BUSSON BRUNO. *Sero-Vaccine und Proteinkörpertherapie.* Wien, J. Spinger, 1924. G. M. 2.50.

Riunire in un breve compendio quanto si è venuto affermando nell'uso di sieri, di vaccini e delle varie proteine, per la cura delle più svariate malattie infettive; togliere a quanto è stato scritto e pubblicato tutto il superfluo e dare al lettore una breve ma esatta nozione di quello che si può oggi affermare sui metodi di cura specifici ed aspecifici, non era certo compito semplice nè facile. Ma l'autore è riuscito egregiamente nell'intento e questo volumetto semplice e conciso è utilissima guida allo studioso. Ai capitoli sulla vaccinoterapia e sieroterapia comprendenti ognuno oltre che le necessarie nozioni teoriche anche le varie indicazioni pratiche per la loro applicazione, seguono il capitolo sulla proteinoterapia aspecifica nel quale l'A. include anche il metodo di Wagner-Jauregg per la cura della paralisi progressiva, ed un capitolo dedicato alla desensibilizzazione nella febbre da fieno e nelle varie idiosincrasie.

TR.

I. LOISELET. *Syphilis*, 1925. Fr. 10.
A. BEAUVY. *Serums et Vaccins*, 1925. Fr. 10. Maloine, éd., Paris.

I due volumetti che la casa Maloine presenta al pubblico medico fanno parte della collezione « Les petits précis », aurei volumetti che si propongono di sintetizzare, con stile telegrafico, quanto di più necessario deve essere a disposizione del pratico. *In quello dedicato alla sifilide*, Loiselet si diffonde principalmente sulle nozioni moderne di diagnostica bacteriologica, di diagnosi biologica e sulle generalità terapeutiche (chemioterapia arsenicale e bismutica, cura mercuriale).

Brevi note cliniche sulla sifilide dell'adulto, sulla congenita ed infantile, sui rapporti tra sifilide e matrimonio, e sulla profilassi della sifilide completano il volumetto, che si può leggere d'un fiato, tanto l'esposizione è chiara e resa dall'autore attraente.

Il volumetto dedicato ai sieri e ai vaccini è quanto di più elementare si può immaginare: sono in brevi note ricordati i principi di cura, la preparazione, l'indicazione dei vaccini e dei sieri, la trasfusione, la legislazione sanitaria. Forse il volumetto sarebbe più utile al pratico se fosse confortato da una esperienza circostanziata, più che da indicazioni che sanno troppo di ricettario.

T. PONTANO.

R. V. DEN VELDEN e P. WOLF. *Einführung in die Pharmakotherapie.* Pag. VIII-200. Ed. Thieme, Lipsia, 1925. M. o. 6.60 (circa L. 42).

Lo scopo prefissosi dall'A. consiste nel tentativo di spiegare per la pratica terapeutica corrente i princìpi astratti e teorici ricavati dalla esperienza fisiopatologica di gabinettto. Difatti oggi più che mai questo bisogno è veramente sentito, ma sembra che le due partite, teorica e pratica, vogliano procedere di pari passo senza darsi mai la mano. Sarebbe invece assai opportuno che la somministrazione dei rimedi fosse subordinata alla conoscenza esatta del loro modo di agire, ciò che oggi — a dir vero — con i progressi vertiginosi della chimica farmacologica riesce difficile. Tuttavia ridotte nelle loro linee fondamentali, ed il segreto è tutto qui, è possibile ad ogni medico anche pratico di agire nella sua pratica routinaria scientemente e scientificamente facendo tesoro di quanto è esposto nell'opera accennata. Il libro è diviso in capitoli dei quali il primo riguarda i rimedi capaci di stimolare o inibire i vari emuntori, il secondo riguarda i medicamenti scelti per influire sulle funzioni gastro-enteriche, il circolo, il sistema nervoso, gli organi del ricambio, l'ultimo il sistema di riproduzione.

E. M.

L. CHEINISSE. *L'Année thérapeutique.* Un vol. in-16° di 186 pag. Masson e C. Parigi, 1925.

Tutti i lettori della *Presse médicale* apprezzavano gli articoli del « Mouvement thérapeutique », nei quali L. Cheinisse riassumeva in equilibrate riviste critiche l'indirizzo attuale terapeutico di date malattie o di dati sintomi. E dello stesso spirito di praticità egli animava questi « Années thérapeutiques » che già da quattro anni incontravano il favore dei medici. Il crudele accidente d'automobile che ha tolto la vita a Cheinisse, non ha lasciato incompiuto il volume, ma ha solo interrotto la prefazione, in cui l'A. rilevava con soddisfazione che la moda del nichilismo terapeutico era ormai passata e che esso, del resto, non poteva convenire al modesto medico pratico.

Il volume è, come i precedenti, diviso in due parti; nella prima si trovano i procedimenti terapeutici classificati per malattie e sintomi; la seconda parte comprende le attualità in materia di metodi e di tecniche terapeutiche.

fil.

GILBERT A. e MICHEL CH. *Formulaire de thérapeutique et de pharmacologie.* 30ª ed. O. Doin, Paris 1925. Fr. 15.

Tutte le modificazioni e le correzioni delle formule pubblicate in questi ultimi anni dalla Commissione permanente della Farmacopea sono state apportate in questa edizione da Gilbert e dai suoi collaboratori.

Sono stati anche registrati tutti i nuovi sieri e vaccini, e la posologia di un certo numero di medicamenti è stata modificata secondo i dati più recenti.

Un importante capitolo di chimica biologica termina l'opera.

Questo eccellente formulario che ormai ha fatto le sue prove con 30 edizioni successive si rende indispensabile ai medici pratici, ai farmacisti, agli studenti, a tutti coloro infine che si occupano di cose di medicina.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 13 luglio 1925.

Presidenza: prof. ASCHIERI, presidente.

La Conferenza Internazionale di Polizia di New-York e la Medicina Legale italiana.

Prof. OTTOLENGHI. — L'O. riferisce sull'argomento svolto alla Conferenza riguardante « l'applicazione dei metodi scientifici nell'indagine di polizia » per parte della Scuola di Polizia scientifica italiana.

Il Presidente del Congresso dichiarò l'Italia maestra in tutto il mondo nella nuova funzione di Polizia giudiziaria.

L'O. fa osservare che i nuovi metodi tecnici che vanno diffondendosi in tutto il mondo sono di spettanza della Medicina legale, si augura che il successo ottenuto sia di stimolo agli italiani per conservare il primato in questo campo che è vanto e orgoglio della Medicina legale italiana.

L'O. ha avuto il piacere di constatare che i nouvi metodi tecnici degli accertamenti dell'identità somatica alla identità psicologica vanno accogliendosi in tutte le principali Polizie del mondo, secondo l'indirizzo dato da circa 25 anni dall'Italia.

Questa è la ragione del successo avuto dalla relazione del delegato italiano alla conferenza.

Sulla « causa violenta » in infortunistica.

Prof. OTTOLENGHI. — A proposito di un caso di avvelenamento acuto da piombo, in un operaio sul lavoro (riferito dal Mori), commenta il concetto della valutazione cronologica della causa violenta, se cioè debba circoscriversi il criterio cronologico in un dato periodo di tempo (ore e turni di lavoro). Il caso si offre alla discussione in quanto debba essere considerato come infortunio o come malattia professionale.

Prof. DIEZ. — L'avvelenamento da piombo essendo caratterizzato da una progressività e continuità nel succedersi dei fenomeni morbosi, ritiene debba essere considerato, anche se sorge in modo acuto, come malattia professionale.

Prof. OTTOLENGHI. — Ritiene che male possano circoscriversi in limite teorico di tempo gli estremi richiesti dal requisito della violenza. Ritiene che un avvelenamento acuto da piombo in assenza di avvelenamento cronico, possa in date circostanze rivestire i caratteri di infortunio.

Partecipano al parere del Diez i soci Bellussi, Ferrero. Si avvicinano al parere dell'Ottolenghi i soci Di Tullio, Arbore, Massari.

I fenomeni immunitari nella sterilità femminile. Contributo sperimentale.

Dottori G. JANNONI-SEBASTIANINI e G. LAUSI. — Gli OO, dopo avere ottenuto conferma del fenomeno osservato da Metschnikoff, Dittler, Aiello, ecc., della sterilità, cioè, che si induce in animale da esperimento femmine (cavie) con iniezioni di sperma o estratto testicolare, hanno trovato nel siero delle cavie così trattate, delle precipitine per le albumine testicolari, però non specifiche.

Passando a ricerche nel campo umano, hanno osservato la presenza di agglutinine per gli spermatozoi umani nei sieri di sangue di prostitute (17 su 20), di donne gravide (20 su 20), rimanendo negativi i controlli.

Emettono l'ipotesi che nelle prostitute detti anticorpi si formano per l'assorbimento dello sperma (che funge da antigene), a causa del continuo commercio sessuale.

Si riservano di compiere ulteriori ricerche sperimentali circa la spiegazione dello stesso fenomeno nelle gravide.

BELLUSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il valore diagnostico del dolore nelle irritazioni della pleura.

La pleura viscerale irritata con un ago non dà alcuna risposta di dolore, mentre invece quella parietale dà una risposta pronta e vivace in forma di dolore acuto, puntorio e localizzato nel punto di irritazione. La pleura diaframmatica sembra incapace di localizzare il dolore nel punto di irritazione; da essa il dolore si irradia in due differenti direzioni secondo la localizzazione del punto irritato. Quando lo stimolo si trova sul margine esterno del diaframma, il dolore è avvertito nella regione costale inferiore o sotto le costole, e, se è molto intenso, alla regione addominale dello stesso lato. Ha un carattere diverso da quello della pleura parietale, in quanto che esso è sordo e diffuso e scompare gradatamente con il cessare dell'irritazione. Se invece questa è portata sulla parte centrale del diaframma, il paziente riferisce il dolore alla regione del collo, di solito sul trapezio, meno spesso sotto la mastoide, al triangolo anteriore del collo o sopra il processo coracoide. A differenza del dolore risentito nell'addome, questo è acuto e bene localizzato.

Questi fatti che si possono agevolmente spiegare tenendo presente la innervazione del diaframma, sono di grande utilità semeiotica, come osserva J. A. Capps (*New York State Journ. of medicine*, 13 marzo 1925). Il dolore della consueta pleurite parietale è ben noto a tutti ed è sempre nettamente localizzato. La pleurite diaframmatica è più frequente di quanto si creda comunemente, specialmente associata con la pneumonite dei lobi inferiori. Circa il 10% dei pazienti con pneumonite lobare accusa dolore addominale ed una metà di questi accusa anche il dolore al collo, associato ad iperestesia della cute ed a contrattilità muscolare, tutti fenomeni attribuibili a pleurite diaframmatica. Questa localizzazione del dolore va tenuta presente per la diagnosi di malattie che appaiono oscure. Il dolore riferito all'addome ed al collo si trova in casi di ascesso subfrenico, di perisplenite ed in altre forme di infiammazione subfrenica. Non è infrequente il caso che il dolore della pleurite diaframmatica nella sua localizzazione addominale conduca il medico a diagnosticare un'affezione addominale; e spesse volte vennero operati dei pazienti con diagnosi di appendicite, ulcera gastrica perforata, calcoli biliari o renali, mentre più tardi si svilupparono in essi i fenomeni di pleurite o di pneumonite dei lobi inferiori.

Quando nell'anamnesi vi sia brivido, tosse, dispnea, iperleucocitosi, erpete, e, sia pure lieve, congestione delle basi polmonari, si deve sospettare l'affezione polmonare; questa è poi confermata se compare il dolore al collo, in quanto che non vi è nessuna condizione addominale che produca dolore al frenico, se se ne eccettua l'irritazione o l'infiammazione del diaframma e la presenza di gas libero che si spinge sotto il diaframma.

fil.

Un segno differenziale fra le caverne polmonari superficiali ed il pneumotorace incistato.

Non è infrequente osservare all'esame radiologico dei tubercolotici polmonari delle immagini che sono ritenute cavitarie, mentre mancano i segni clinici dell'escavazione. I reperti di autopsia hanno mostrato che si tratta spesso in tali casi di pneumotorace incistato di preferenza sottoscissurale. A. Bernou (*Journal des praticiens*, 21 marzo 1925) insiste sulla necessità di differenziare bene le due condizioni, altrimenti l'esame radiologico, invece di portare una luce per la diagnosi, la rende più difficile. La differenza fra le due condizioni può essere stabilita con lo studio dell'angolo di raccordo fra l'involucro pericavitario e la gabbia costale. Le pareti delle caverne, anche di grande capacità, si raccordano con la parete toracica determinando un angolo endocavitario ottuso, mentre invece i margini viscerali dei pneumotoraci incistati si raccordano generalmente con un angolo nettamente acuto e qualche volta prossimo al retto.

La misura di questo angolo va fatta sempre nelle stesse condizioni. Il piano verticale perpendicolare all'inserzione parietale della cavità deve essere parallelo allo schermo. Se l'escavazione è nettamente ascellare, la misura dell'angolo si fa in posizione frontale, altrimenti si cercherà la posizione obliqua migliore. Se l'immagine chiara sottoparietale è anteriore od antero-laterale destra, l'angolo di raccordo sarà osservato in posizione obliqua anteriore sinistra. Se invece l'immagine si trova in dietro ed a destra, l'angolo sarà ricercato in posizione obliqua anteriore destra e si farà girare il malato fino a che la *corda* sia ottenuta in tutta la sua vera altezza. Si eviteranno così i falsi angoli dovuti all'intersezione della proiezione sullo schermo delle pareti della cavità e di quella della parte toracica ascellare.

In qualche caso in cui rimanga un dubbio, si potrà ricorrere all'esame della cavità dopo l'iniezione endopolmonare di lipiodol per la via transglottica od intercricoidea o per la via transparietale.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Le forme anatomo-cliniche del carcinoma gastrico caratterizzate dalla anacloridria completa.

I carcinomi gastrici possono venire raggruppati in due grandi categorie, gli uni caratterizzati dalla presenza di acido cloridrico libero a digiuno o dopo il pasto di prova, gli altri con completa anacloridria. I primi si osservano specialmente nei vecchi dispeptici e sono di diagnosi difficile con l'ulcera gastrica, tenuto conto della sintomatologia molto simile nei due casi.

I carcinomi con anacloridria si riscontrano soprattutto nei dispeptici recenti; beninteso, si tratta di cancri con anacloridria recente e non già della fase terminale di carcinomi sviluppatisi sopra ulceri gastriche.

Pauchet e Hirchenberg (*Bulletin du cancer*, gennaio 1925) dividono questi carcinomi in due categorie: 1) quelli infiltrati, talora diffusi, ad inizio pilorico, con molte metastasi ovvero fibrosi, che rientrano nel quadro della linite plastica; trattasi in entrambi i casi di dispeptici recenti, che mostrano alla radioscopia una lacuna netta con stomaco piccolo e ristretto; 2) quelli vegetanti che formano un tumore localizzato alla grande curvatura e fortemente ulcerato.

Tale varietà tende ad invadere il sistema ganglionare ed è favorevole all'intervento chirurgico.

fil.

La sindrome duodenale e la nicotina.

La sindrome duodenale comprende una serie di disturbi che consistono essenzialmente in: fame dolorosa o dolore tardivo, dolore notturno, azione calmante dell'ingestione del cibo, periodicità dei disturbi ed alterazioni della motilità gastrica visibili all'esame radiologico. La diagnosi esatta della presenza di un'ulcera è però impossibile al solo esame del malato e la certezza si raggiunge soltanto con l'operazione.

La stessa sindrome però può osservarsi anche in altre affezioni che non hanno nulla a che vedere con l'ulcera. Fra queste va ascritta anche l'intossicazione nicotinica. F. Wagner (*Med. Klinik*, a. XX, n. 17) riporta, a conferma di tale tesi, le osservazioni di tre fumatori in cui la soppressione del tabacco portò la scomparsa della sindrome in pochi giorni. In due di tali individui, la ripresa del tabacco diede nuovamente luogo agli antichi sintomi.

fil.

Sindrome di ileo a comparsa periodica nell'enteroptosi grave.

L'enteroptosi, osserva C. Mirtel (*Munchner med. Wochenschr.*, n. 23, 1925), può determinare sintomi di occlusione intestinale; in questi casi riesce molto utile mettere il paziente in posizione genu-pettorale col bacino sollevato. In tale posizione il colon assume posizione e decorso normale. Nei casi di stipsi ostinata da enteroptosi è molto vantaggioso fare mettere varie volte al giorno i pazienti in tale posizione; ciò è specialmente importante nei casi in cui minacciano sintomi di occlusione. In una donna di 27 anni che da due anni soffriva ad intervalli da 1-3 mesi di accessi dolorosi alla regione gastrica, malessere, vomito, stitichezza invincibile e arresto dei gas, sintomi che cedevano poi improvvisamente, il procedimento sopranominato determinò la scomparsa dei sintomi di occlusione. L'esame radiologico dimostrò chiaramente come la posizione genu-pettorale a bacino rialzato favorisse lo svuotamento regolare del colon.

POLL.

Inconvenienti della fascia addominale nelle ptosi intestinali.

Matignon (*Journ. des pratic.*, n. 24, 1925, e *Rif. med.*, n. 2, 1925) distingue gli ptosici nei quali la ptosi riesce dolorosa, e quelli che invece non ne risentono alcuna sofferenza. I primi sono particolarmente suscettibili ad ogni più piccola trazione sulla massa intestinale, che sveglia la sensibilità del plesso solare. Basta con le mani a piatto sul basso ventre esercitare una lieve pressione dal basso in alto, perchè il dolore cessi. L'intestino, così, non è rimesso nella sua posizione anatomica, ma solo sostenuto nel suo peso. Specialmente gli aerofagi risentono beneficio da questo trattamento di sostegno, per l'indirizzo del quale il malato è il miglior consigliere, con lo stato di benessere che prova dalle varie manipolazioni. Ad ottenere il benessere invocato saranno adoperate delle semplici fasce di sostegno, senza essere corrivi a riportare l'intestino nella sua sede anatomica: la sola contenzione può bastare.

am. pi.

Poliposi multipla del colon.

Da una discussione alla Società Hunteriana, inaugurata da C. O. Hawthom (*Brit. Med. Journ.*, 3 genn. 1925) risulta che la poliposi multipla dello stomaco, del tenue, del ceco e del retto non è un fatto di estrema gravità. Quella del colon ha però carattere di maggior malignità, ed è in rapporto ad una colite ulcerosa cronica.

Nel caso di una donna di 26 anni, ammessa in ospedale per diarrea con emissione di sangue e pus, si palpava una tumefazione sulla linea del colon discendente, e radiologicamente si osservava una esagerata motilità di tutta tale porzione intestinale. Colla laparotomia si trovò un colon rigido, infiltrato ed iperemico, con infiammazione settica della mucosa; la sua superficie era ricoperta da miriadi di formazioni polipose.

M. FABERI.

Il fattore ano-rettale nella costipazione.

Gaehlinger (rif. in *Paris médical*, 18 aprile 1925), ritiene che, in presenza di costipazione, si debba pensare più che non si faccia abitualmente, al fattore ano-rettale. Quando si notano le lesioni locali, è difficile decidere se siano secondarie alla costipazione o primitive. In tal caso si ottengono buoni risultati con la medicazione rettale secondo il metodo di Friedel (agar, a cui si aggiungono polveri inerti assorbenti e medicamenti calmanti, il tutto introdotto nel retto con una siringa di Guyon) e con le correnti di alta frequenza. *fil.*

Malattia emorroidaria e sue conseguenze.

L. Moscowitz (*Wiener klinische Wochenschrf*, n. 6, 1925) osserva che le conseguenze delle emorroidi sono: la fessura anale, la trombosi, la peritroctite, la fistola anale, e l'eczema anale. Al principio della malattia la regolazione della defecazione può impedire le complicazioni, negli stadi ulteriori è indispensabile l'intervento operativo.

La fussura anale viene determinata dal passaggio di feci dure e dall'assottigliamento della cute sovrastante alle varici. Terapeuticamente sono inutili le applicazioni locali, è invece importante determinare evacuazioni molli ogni secondo giorno con somministrazione di purganti e dieta priva di cellulosa. La trombosi di singoli noduli emorroidari determina piccole tumefazioni violacee, dolorose, che in seguito ad impacchi si riassorbono in circa due settimane. L'estirpazione chirurgica dei noduli è seguita da guarigione più rapida. La flebite delle vene emorroidarie può determinare un ascesso e un flemmone perineale. Non si deve aspettare la maturazione dell'ascesso ma incidere prima che il pus si estenda alla fossa ischio rettale e si apra nel retto al disopra dello sfintere. Le incisioni devono essere ampie, circolari, e devono passare intorno all'ano: così non si corre il pericolo di sezionare lo sfintere. Le fistole anali non guariscono spontaneamente. In casi semplici è sufficiente spaccare il tramite fistoloso senza danneggiare lo sfintere. POLL.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Setticemia consecutiva a lupus eritematoso. — Al dott. G. Bettino, Rovereto:

Si conoscono casi nei quali, mentre preesisteva un focolaio di lupus eritematoso vero e proprio, si ha lo sviluppo, preceduto o no dalla così detta *eresipela perstans faciei*, di un'eruzione acuta, disseminata, polimorfa nelle sue manifestazioni obbiettive, a decorso grave, accompagnata da febbre ed altri fenomeni generali.

Questi casi per altro si dovrebbero distinguere da un'altra forma maligna generalizzata del lupus eritematoso (lupus eritematoso acuto di Kaposi) in cui l'eruzione avviene in modo brusco, senza preesistenza di focolai cronici ed è quasi sempre mortale.

Cfr. NEISSER e JADASSOHN: *Malattie della pelle*. Trad. italiana. Roma-Milano, Società ed. Dante Alighieri, p. 273. — MRAÇEK: *Handbuch der Hautkrankheiten*. Wien, Hölder, vol. III, pag. 319.

V. MONTESANO.

Al dott. Giambattista Poletti, Pontremoli:

Per le correnti ad alta frequenza nelle sue varie forme e nelle sue varie applicazioni può consultare: GUILLEMINOT (Masson, 3ª ediz.): *Electrologie et Radiologie*. Fr. 40. In tedesco è completo il KOWARSCHICH (Springer): *Elettroterapia*.

E. MILANI.

Incompatibilità del calomelano col caffè? — Al dottor A. C., abb. n. 11,049:

Non mi risulta che sia stata osservata incompatibilità fra il caffè ed il calomelano, nè dal punto di vista chimico si può supporla in quanto che nessuna delle sostanze che sono disciolte nell'infuso di caffè (anche se fatto con surrogati) può dissociare il calomelano.

Del resto, il meccanismo dell'intossicazione da calomelano a dosi medicamentose non è stato ancora ben chiarito e' si è anzi dimostrata erronea la supposizione che esso si trasformi in sublimato corrosivo per azione dell'acido cloridrico dello stomaco. Appare invece più probabile che la trasformazione del calomelano in un sale dissociabile avvenga per azione degli alcalini e, quindi, nell'intestino. Il meccanismo al quale sarebbero da attribuire i sintomi di avvelenamento dopo l'ingestione del caffè potrebbe essere il seguente. Il caffè eccita la motilità dello stomaco e quindi favorisce il rapido svuotamento del suo contenuto nell'intestino, dove il calomelano trova l'ambiente adatto per la sua trasformazione in sale dissociabile. La scarsità di albumina nel contenuto duodenale, per il fatto che il calomelano è stato preso a notevole distanza dai pasti, favorisce la decomposizione e quindi l'intossicazione.

Per quanto riguarda l'accettazione dei lavori non si può prendere nessun impegno preventivo.

A. FILIPPINI.

Libri per l'esame di medici di bordo. — Al dottor A. S. (10556) ed al dott. N. A.:

MUZIO. *Le malattie dei paesi caldi*. Hoepli, ed., Milano. — RIBOLLA. *Il medico a bordo e nei paesi tropicali* (Ibidem). — BELLI. *Igiene delle navi mercantili e militari*. F. Vallardi, ed., Milano.

fil.

VARIA.

Lacrime e sudori di sangue.

Fin dai più antichi tempi, i tragici parlano di lacrime di sangue; i loro eroi, come il Polinice di Euripide, piangono sangue per mostrare la grandezza del loro dolore. Ma è soltanto verso il secolo XVII che si trova la prima osservazione medica di questo raro fenomeno. Esso si manifesta particolarmente nelle giovanette; senza causa apprezzabile, oppure in seguito ad un'emozione, o ad un'anomalia mestruale, si presentano all'occhio delle gocce di sangue invece di lacrime. Lo scolo dura qualche secondo, e l'occhio riprende il suo aspetto normale; ma il fenomeno può ripetersi più volte nella giornata e prolungarsi diversi giorni e perfino due o tre anni. La quantità di sangue così emessa varia da una a qualche goccia. L'esame degli occhi non rivela nulla di anormale; ma si trovano spesso nell'individuo delle altre emorragie e soprattutto dei sintomi da parte del sistema nervoso e, specialmente, del gran simpatico.

Gabrielidès, che ne ha osservato due casi (1) riferisce che si tratta realmente di sangue puro che passa attraverso la congiuntiva; in uno dei casi, però ha potuto rilevare la rottura dei capillari della congiuntiva tarsica. Sembra che vi sia una certa relazione fra i disturbi mestruali e le lacrime di sangue che assumerebbero una funzione vicariante. Trattasi probabilmente di una causa comune che agisce sia direttamente, ed unicamente sull'occhio o sull'utero, sia su entrambi; la causa va evidentemente ricercata in un'alterazione endocrina o simpatica. La prognosi è buona e, come la cura, è piuttosto subordinata alla causa alle cui dipendenze sta il disturbo.

Un fenomeno che ha probabilmente qualche analogia con le lacrime di sangue è la trasudazione del sangue attraverso la cute integra, di cui troviamo esempi nella storia del cristianesimo. Un caso recente è stato osservato a Montalto Uffugo (Cosenza) dal dott. A. Turano ed è stato poi oggetto di uno studio da parte dello stesso e del prof. A. Fabrizio (2). Trattasi di una nubile di 27 anni, proveniente da una famiglia in cui è fortemente sviluppato il sentimento religioso; essa stessa ha tendenze monastiche ed ha frequenti visioni. Durante una di queste, in un venerdì di quaresima, essa vide, dalla corona di spine che cingeva la testa del Nazareno, staccarsene una che andò a conficcarsi sulla sua fronte, producendo un gemizio di sangue, durato la prima volta per tre ore. Lo stesso fenomeno si ripetette tutti i venerdì di quaresima fino al venerdì santo in cui, le visioni ed il gemizio sanguigno incominciarono alle undici anzichè alle quindici ed ebbero la massima intensità durante la rituale processione che in tal giorno si pratica, nel qual tempo si ebbero anche delle lacrime sanguinolente. In seguito il gemizio e le visioni cessarono del tutto per ricomparire però con le stesse modalità nei venerdì di quaresima dell'anno successivo. Il gemizio si aveva alla parte mediana della fronte, quasi all'impianto dei capelli; esso si verificava ad intervalli di cinque minuti circa e si faceva più abbondante durante i frequenti periodi di estasi.

Più in basso e lateralmente vi erano altri due punti gementi sangue, senza che in essi od in quello mediano fosse possibile scorgere alcuna lesione di continuo anche minima. Appena asciugato il sangue con un batuffolo di cotone, ricompariva il gemizio, in forma di piccole gocciole che andavano man mano ingrandendo, producendo dei piccoli rigagnoli che solcano il viso ed il collo.

Il sangue raccolto conteneva poco più di un milione di emazie e 1.350 leucociti per cmc. ed il 25 % di emoglobina.

L'inferma presentava inoltre delle lesioni di continuo, circolari, a fondo rosso vivo, con scarsissima secrezione ematica, alla faccia dorsale di entrambi i piedi, corrispondenti ad altre più piccole frastagliate della faccia plantare, simili all'aspetto di un foro lasciato da un chiodo, e richiamanti alla mente le « stimmate »; analoghe lesioni si riscontravano alla faccia anteriore del ginocchio.

All'esame, l'inferma si presenta con le sensibilità tattile, dolorifica e termica del tutto abolite; iperestesici sono invece i punti gementi. Le pupille midriatiche, insensibili; amaurosi quasi completa, abolizione totale dell'olfatto e parziale dell'udito. La frequenza del polso aumenta durante i periodi di rapimento fino a 150.

L'inferma ha un passato nettamente isterico (vomiti incoercibili, paralisi, contratture) ed appunto all'isterismo T. e F. attribuiscono lo strano fenomeno che, per la stranezza e per l'esplosione, almeno in apparenza, repentina in una persona riboccante di mistica fede, aveva fatto credere al miracolo. Davanti ai miracoli la nostra epoca che non ha più l'ingenua fede di altri tempi, rimane scettica, ma anche la scienza, pure architettando ingegnose ipotesi, non arriva a darci delle spiegazioni che ci convincano e lascia sempre delle zone dense di ombra e di mistero.

FILIPPINI.

(1) *Annales d'oculistique*, 1923.

(2) Di un singolarissimo ed unico caso di stillicidio sanguigno dalla fronte di un'isterica nei venerdì di quaresima. *Rinascenza medica*, 15 marzo 1925.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Rapporti fra le cliniche delle Facoltà Medico-Chirurgiche e le Amministrazioni degli Ospedali.

REGOLAMENTO *per la esecuzione del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, approvato con R. decreto 24 maggio 1925, 1144 (Gazzetta Ufficiale 14 luglio 1925, n. 161).*

Art. 1. — La trasformazione in ospedali clinici, a' sensi dell'art. 1 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, di ospedali e di altre pubbliche istituzioni, che adempiono ai fini dell'assistenza ospedaliera nelle città sedi di facoltà medico-chirurgiche, è disposta con decreto del Ministro della pubblica istruzione, di concerto col Ministro dell'interno, previ accertamenti e sulle proposte di una Commissione, da costituirsi in ciascuna sede in base a richiesta del rettore dell'Università al Ministero della pubblica istruzione.

La richiesta deve essere corredata da una relazione che dimostri la necessità del provvedimento per i bisogni dell'insegnamento.

Spetta alle singole Commissioni:

a) di designare i locali che meglio rispondono alle esigenze dell'insegnamento clinico, avuto riguardo alla competenza nosologica dell'ospedale od altro istituto ospedaliero, ed alla conformazione e distribuzione degli ambienti;

b) di proporre il numero dei letti ospedalieri da trasformarsi in letti clinici, in relazione al numero degli studenti iscritti in ciascuna clinica.

Il numero dei letti ospedalieri da trasformarsi in letti clinici, non può, in ogni caso, essere superiore a 150 per ciascuna clinica generale, a 75 per la clinica ostetrico-ginecologica, ed a 50 per ciascuna delle patologie e delle cliniche speciali legalmente istituite, nè può essere inferiore al numero dei letti di cui, nell'ultimo triennio, ciascuna clinica ha legittimamente disposto.

Il numero dei letti, assegnati a ciascuna delle cliniche speciali ed a ciascuna delle patologie, non può superare la metà di quelli assegnati a ciascuna delle cliniche generali medica e chirurgica, fermo quanto è disposto nell'ultima parte del precedente comma.

I numeri massimi suddetti possono, tuttavia, essere superati per effetto di convenzioni, debitamente approvate, con le amministrazioni ospedaliere.

Le Commissioni stabiliscono anche il numero delle giornate di degenza da destinarsi ad uso esclusivo dell'insegnamento e ad intiero carico di ciascuna clinica.

Ove siano più ospedali od istituti ospedalieri aventi la stessa competenza nosologica, deve essere, possibilmente, evitata la trasformazione di un intero ospedale od istituto ospedaliero, procurando di ripartire le cliniche tra le varie istituzioni ospedaliere.

La trasformazione può anche essere fatta diminuendo il numero dei letti nei singoli reparti degli ospedali od altri istituti ospedalieri, in modo da evitare, possibilmente, la soppressione di alcuno dei reparti stessi. Qualora però la soppressione di un reparto ospedaliero non possa essere evitata, il clinico deve assumere la direzione del servizio, ancorchè il numero dei letti superi i limiti di cui al quarto e quinto comma del presente articolo.

Per effetto della trasformazione, gli ospedali e gli altri istituti ospedalieri non sono tenuti a sopportare spese che non siano strettamente necessarie ai fini dell'assistenza cui debbono provvedere in forza dei loro ordinamenti, nè debbono incontrare responsabilità di qualsiasi specie.

Art. 2. — Le Commissioni di cui all'art. 1 sono costituite:

1) da un Commissario, nominato dal Consiglio di Amministrazione della Università;

2) da un Commissario, nominato dal Consiglio dei clinici;

3) da un Commissario, nominato dalle Amministrazioni degli ospedali e delle altre istituzioni di cui all'art. 1 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549;

4) da un Commissario, nominato dal Consiglio dell'Ordine dei medici-chirurgici tra i primari degli ospedali e delle altre istituzioni di cui al numero precedente;

5) da un Commissario nominato, di comune accordo, dagli altri quattro e in caso di disaccordo, dal Presidente del Tribunale.

Le Commissioni nominano nel proprio seno il Presidente.

Il Commissario di cui al n. 3 del presente articolo è nominato da una assemblea di delegati delle amministrazioni degli ospedali e delle altre istituzioni di cui all'art. 1 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549.

A tale scopo, il Prefetto assegna ad ogni ospedale od altra istituzione ospedaliera un numero di delegati proporzionato alla importanza dell'istituto e stabilisce il giorno di convocazione dell'assemblea di tutti i delegati. Per la validità dell'adunanza è necessario l'intervento di due terzi dei delegati. L'assemblea nomina il Commissario nel proprio seno e risulterà eletto colui che abbia riportato il maggior numero di voti.

Il Prefetto provvederà d'ufficio alla nomina dei Commissari di cui ai numeri 3 e 4 del presente articolo, qualora, nei termini fissati dallo stesso Prefetto, le amministrazioni ospedaliere non provvedano alla scelta dei rispettivi delegati o l'assemblea dei delegati non proceda alla nomina del Commissario, ovvero il Consiglio dell'Ordine dei medici-chirurghi non addivenga alla designazione del rappresentante dei primari ospedalieri.

Art. 3. — Le Commissioni iniziano il loro lavoro sulla scorta dei dati forniti dalle Università, non-

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI. esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

chè dagli ospedali ed altri istituti ospedalieri, tenendo conto, in modo particolare, dei seguenti elementi:

a) la statistica degli studenti iscritti ai corsi clinici per ciascun anno nell'ultimo triennio;

b) il numero dei letti, già assegnato a ciascun istituto clinico;

c) il numero dei letti che si ritiene debba essere assegnato ad ogni istituto clinico in relazione al numero degli studenti iscritti, alla capacità dei locali dell'ospedale od altro istituto ospedaliero, e ai bisogni degli altri istituti clinici;

d) la statistica dei degenti giornalieri nei vari reparti dell'ospedale od altro istituto ospedaliero nell'ultimo anno.

Art. 4. — Le conclusioni della Commissione sono dal Presidente comunicate al Prefetto, il quale, a sua volta, ne cura la comunicazione al Rettore dell'Università ed alle amministrazioni ospedaliere interessate, con invito a darne atto o a presentare le eventuali deduzioni entro trenta giorni.

Avuto l'assenso o le deduzioni delle parti, e, in ogni caso, trascorso il termine di cui sopra, il Prefetto trasmette gli atti al Ministero della pubblica istruzione, corredandoli di una propria relazione.

Il decreto emesso dal Ministro dell'istruzione, di concerto col Ministro dell'interno, a' sensi dell'articolo 1 è provvedimento definitivo agli effetti degli articoli 16, n. 4 e 26 del testo unico delle leggi sul Consiglio di Stato approvato con R. decreto 26 giugno 1924, n. 1054.

Art. 5. — Negli ospedali ed altri istituti totalmente trasformati, la direzione tecnica dei singoli reparti è affidata ai rispettivi clinici. Negli ospedali ed altri istituti parzialmente trasformati tutto quanto concerne la direzione tecnica dei reparti non sottoposti a trasformazione rimane nella competenza dell'amministrazione ospedaliera.

Nulla è innovato nei riguardi della direzione tecnica degli ospedali destinati esclusivamente a specialità e che siano attualmente sedi di cliniche.

Art. 6. — Per l'esecuzione di quanto è stabilito nell'art. 2 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, il servizio di accettazione, pronto soccorso e guardia negli ospedali ed altri istituti ospedalieri totalmente trasformati è disimpegnato dagli assistenti universitari col concorso degli assistenti ospedalieri, ove esistano.

Negli ospedali ed altri istituti ospedalieri parzialmente trasformati, il servizio di accettazione, anche se di pronto soccorso e di guardia è, di regola, disimpegnato dal personale sanitario delle cliniche e da quello ospedaliero, secondo turni da stabilirsi d'accordo tra le amministrazioni universitarie ed ospedaliere.

La scelta degli infermi per i bisogni dell'insegnamento può essere fatta all'atto dell'accettazione, ovvero nelle sale di deposito, e, in difetto, in quelle di degenza, entro 24 ore. Però, per quanto riguarda i casi d'urgenza ritenuti necessari per i bisogni dell'insegnamento, può essere stabilito, di comune accordo tra le amministrazioni interessate, che la scelta sia fatta soltanto nei giorni di turno del personale delle cliniche.

Agli effetti della scelta, è equiparato all'accettazione il trasferimento di un infermo da un reparto ospedaliero ad un altro.

Per gli ospedali ed altri istituti ospedalieri non trasformati, le norme relative alla scelta dei casi ordinari non urgenti saranno concordate tra l'amministrazione universitaria e le amministrazioni dei singoli ospedali od istituti ospedalieri.

Art. 7. — Il personale assistente sanitario e quello di assistenza immediata ed ausiliare nei reparti trasformati sono sottoposti all'autorità dei clinici direttori dei rispettivi reparti, ferme restando, per quanto riguarda la disciplina e la responsabilità, le norme regolamentari delle amministrazioni degli ospedali, od altri istituti ospedalieri.

Art. 8. — I direttori delle cliniche formano il Consiglio dei clinici il quale è presieduto dal Rettore dell'Università.

Fanno parte del Consiglio dei clinici i rappresentanti delle Università di cui all'art. 8 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, anche se non siano direttori di istituti clinici.

Art. 9. — Spetta al Consiglio dei clinici di proporre le norme per regolare i rapporti delle cliniche tra loro, nonchè i rapporti delle cliniche con le amministrazioni ospedaliere.

È inoltre in facoltà del Consiglio dei clinici di far proposte circa la destinazione e la trasformazione dei locali assegnati alle cliniche, circa i miglioramenti dei servizi clinici e, in generale, circa qualsiasi argomento attinente al funzionamento tecnico ed amministrativo dei reparti trasformati.

Le proposte del Consiglio dei clinici concernenti i rapporti delle cliniche con le amministrazioni ospedaliere, sono comunicate dal Rettore dell'Università alle amministrazioni degli ospedali od altri istituti ospedalieri per le determinazioni di loro competenza.

Art. 10. — Le spese per trattamenti speciali, alle quali, in conformità dell'art. 3 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, debbono provvedere gli istituti clinici, riguardano esclusivamente le prescrizioni, non comprese nelle tabelle dietetiche, di medicinali e di sussidi, che sono stabilite per la cura dei degenti nei rispettivi ospedali od altri istituti ospedalieri.

Sono pure a carico degli istituti clinici le spese relative agli infermi che non abbiano titolo all'assistenza nell'ospedale od istituto ospedaliero.

La liquidazione delle spese suddette è fatta trimestralmente.

Qualora il materiale diagnostico e terapeutico, di pertinenza dei reparti trasformati, sia dato in consegna al direttore dell'istituto clinico, la sostituzione, il rinnovamento e le riparazioni di detto materiale sono a carico dell'amministrazione ospedaliera.

Di comune accordo tra l'amministrazione universitaria e le amministrazioni ospedaliere, saranno stabilite le norme dirette a regolare le spese di cui nel presente articolo, sia per ciò che concerne il modo di provvedervi, sia per quanto riguarda le eventuali anticipazioni ed i rimborsi.

Art. 11. — All'inizio di ogni anno accademico, è pubblicato nel Bollettino ufficiale del Ministero della pubblica istruzione, ed affisso nell'albo di ciascuna Università, l'elenco degli ospedali ed altri istituti o reparti ospedalieri non sottoposti a trasformazione, situati anche in sedi non universitarie, e presso i quali debbono essere accolti studenti o laureati in medicina e chirurgia per il tirocinio pratico.

L'elenco è redatto in base alle indicazioni, che saranno date dai Rettori delle Università sulle proposte dei Consigli delle Facoltà medico-chirurgiche e previ accordi con le amministrazioni interessate.

In caso di disaccordo decide il Ministro della pubblica istruzione con provvedimento definitivo.

Il periodo di tirocinio pratico presso ospedali od altri istituti e reparti ospedalieri, situati in sedi universitarie, può svolgersi durante l'intiero anno solare; in sedi non universitarie deve essere limitato alle vacanze estive e non esonera gli studenti dall'obbligo dell'internato in sede, stabilito dagli statuti universitari.

Il tirocinio pratico non dev'essere inteso nel senso di internato.

L'amministrazione ospedaliera può istituire a sua iniziativa e spese posti d'internato.

Nessun onere finanziario o responsabilità potrà derivare agli enti ospedalieri dall'applicazione dell'art. 5 del R. decreto-legge 10 febbraio 1924, n. 549, e del presente articolo.

Art. 12. — Gli studenti e i laureati in medicina e chirurgia possono chiedere all'Amministrazione di uno qualsiasi degli ospedali ed istituti, indicati nell'elenco di cui all'articolo precedente, di essere ammessi al tirocinio pratico, producendo il libretto di iscrizione alla Università o il certificato di laurea e il nulla osta del Rettore dell'Università da cui provengono.

Gli studenti e i laureati, che abbiano regolarmente frequentato gli ospedali e gli istituti o reparti ospedalieri secondo le norme anzidette, hanno diritto ad un certificato di frequenza rilasciato dall'autorità accademica, in base ad attestazione fatta dal Primario dell'ospedale o istituto ospedaliero, sotto la cui guida hanno compiuto il tirocinio pratico.

Art. 13. — Tutti i rapporti economici, amministrativi e tecnici tra le amministrazioni ospedaliere e quelle universitarie, che non sono regolati dal presente decreto, formeranno oggetto di accordi convenzionali tra le amministrazioni interessate.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

LIX. — La via crucis dei ricorsi per le riforme degli organici.

La via crucis dei ricorrenti contro le riforme organiche non è ancora finita! La IV Sezione persiste nella sua giurisprudenza che dichiara inammissibili i ricorsi in sede giurisdizionale qualora il provvedimento non abbia per sua natura carattere definitivo ma, essendo sottoposto ad approvazione tutoria, sia conseguentemente soggetto al controllo gerarchico; la V Sezione, invece, abbandonata questa giurisprudenza, in seguito ad un riesame della quistione, come già spiegammo, persiste nella tesi contraria, che cioè è ammesso in ogni caso il ricorso in sede giurisdizionale.

In queste condizioni di contrasto, la *sorte* ha favorito alcuni e ha danneggiato altri. Noi segnalammo sin dallo scorso anno, quando cioè fu pubblicata la *prima* decisione che dichiarò inammissibili i ricorsi Ferla e Formica, l'errore, il pericolo e il danno di quella risoluzione.

Ora, dato il contrasto fra le due sezioni, la quistione è stata deferita alla *adunanza plenaria* di esse per una risoluzione di massima. Frattanto tutti i giudizi vertenti sono sospesi e sono stati rinviati d'ufficio anche i ricorsi fissati per la discussione.

LX. — Sono responsabili penalmente i medici che assistono al duello?

I dottori Passioni Angelo e Tasotti Carlo furono condannati per avere in duello facilitata l'esecuzione del reato, avendo prestato, quali medici, assistenza durante lo scontro. Il Tribunale di Modena aveva dichiarato la responsabilità di essi considerando che « la certezza di avere in caso di ferite le cure del caso infonde coraggio ai duellanti, li persuade, li incita a procedere con animo più sicuro e più pronto all'uso delle armi ». Questa tesi però non è stata approvata dalla Corte di Cassazione la quale, con sentenza 13 marzo 1925, ha dichiarato che il fatto dei medici che assistono i duellanti non costituisce reato, neppure sotto il profilo della complicità. Non è il caso di approfondire, in questa rubrica, l'esame della questione e di riportare la motivazione della sentenza del Collegio Supremo. Aggiungiamo soltanto che in dottrina aderiscono alla tesi della inesistenza del reato: *Maino*, commento al Codice penale, II, pag. 29; *Perroni Ferranti*. Delitti contro l'amministrazione della giustizia, Trattato del Cogliolo pag. 183; *Trentinaglia*. Della responsabilità dei medici che assistono al duello, Giustizia penale 1904, colonna 1172, n. 265. Ne dissentono: *Manzini*, Trattato di diritto penale, V, pag. 612, il quale ritiene che i medici debbano essere considerati complici dei duellanti, eccettuato il caso in cui essi siano stati chiamati dopo il duello, senza previo concerto; *Pontano*, in Giustizia penale, 1911, col. 1521.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Istituti e Gabinetti privati di indagini cliniche.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici della provincia di Napoli, in una sua recente seduta, per la maggiore serietà dei gabinetti di analisi, ha fatto voti alla Facoltà medica affinchè il pubblico esercizio di ricerche cliniche, microscopiche, batteriologiche, sierodiagnostiche, applicate alla clinica, sia compreso nell'elenco delle specialità professionali, e come tale sottoposto alle limitazioni ed alle garanzie previste dallo statuto universitario, a norma dell'art. 4 del R. D. 11 dic. 1923, n. 2909.

Tribunale medico disciplinare in Olanda.

Da una ventina d'anni le infrazioni al codice deontologico venivano risolte, in Olanda, dall'« Associazione Medica dei Paesi Bassi », la quale aveva delegato, all'uopo, un Consiglio di disciplina. La punizione maggiore che poteva essere inflitta era la cancellazione dall'albo. Negli ultimi tempi questa misura si è dimostrata del tutto inefficace: onde il Ministero del Lavoro ha presentato al Parlamento un disegno di legge che affida a un Tribunale deontologico le misure disciplinari e prevede la sospensione temporanea o permanente dall'esercizio professionale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

APPARIZIONE (*Genova*). Scad. 31 ag. Vedi fasc. 31.

BORGHETTO VARA (*Spezia*). Al 25 ag., ore 18; L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 300 bicicl. e L. 500 se uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi. Tassa L. 50.15.

BRESCIA. *Spedali Civili*. — Medico primario; lire 6000 (*sic*). Docum. agli Uffici d'Ammin. (v. Moretto 42) non più tardi delle ore 17 del 15 sett. Età lim. 45 a. (ex combatt. 50). Chiedere annunzio.

CALTAGIRONE (*Catania*). — Per Mussolinia; lire 10,000 e 4 quinquenni dec., oltre L. 2000 cav.; alloggio non arredato. Età mass. 45 a. Scad. ore 12 del 25 ag.

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE. *Congregaz. di Carità*. — Alle ore 17 del 31 ag. Direttore medico dell'Ospedale Psichiatrico. A tutto il 31 ag. aiuto medico-chirurgo dell'Ospedale Civile. Vedi fasc. 34.

CLAUT (*Udine*). — Scad. 25 ag.; L. 9000 oltre indenn. serv. attivo L. 500, c.-v., mezzo trasp. L. 3000, uff. san. L. 800, quinquenni decimo.

FORMIGINE (*Modena*). — 2ª cond.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; trasp. L. 2500. Scad. 30 ag.

ISOLA DEL LIRI (*Caserta*). — 2ª condotta; abit. 10,000; stip. L. 7000; cinque quadrienni decimo; cav. L. 2400; età non superiore 40 a. Scad. 15 sett.

ISPRA (*Como*). — Consor. con Barza. Ab. 2197; stip. L. 9000; uff. san. L. 900; ambul. L. 500; bicicletta L. 700; assicurazione. Prorogato 31 ag. Docum. Commissario prefettizio.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONTECASTELLO VIBIO (*Perugia*). — A tutto 31 agosto. Vedi fasc. 31.

MORNESE (*Alessandria*). — Con Montaldeo; lire 7000 per 300 pov., 4 quinq. decimo; trasp. L. 500; uff. san. L. 500. Scad. 31 ag.

POGGIO IMPERIALE (*Foggia*). — Al 30 ag.; L. 9000 e 4 quadr. dec.; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg.

PORTOMAGGIORE (*Ferrara*). — Proroga 31 ag.

RANZO (*Imperia*). — Proroga 31 ag.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17; per informazioni rivolgersi Segreteria.

VENEZIA. — Due medici batteriologi aggiunti al Laboratorio micrografico; a tutto il 10 sett.; lire 12,500 e 4 quinquenni; supplem. servizio attivo L. 2000; c.-v. entro il limite massimo di L. 3640; partecipaz. utili esami a privati. Età lim. 40 a. Docum. a due mesi dal 10 ag. Biennio di esperim. Chiedere annunzio. Rivolgersi Cancelleria della Segreteria comunale.

Diffide e boicottaggi.

Il Direttorio Maceratese del S. F. M. C. diffida il concorso Esanatoglia Marche perchè non rispondente al concordato in vigore e per clausole di carattere vessatorio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il R. Commissario di Roma ha deliberato che ai quattro posti di medico condotto per le stazioni sanitarie a tipo misto urbano-suburbano vengano nominati, nell'ordine che segue, i dottori: Federici Federico, Bernardini Alessandro, Weiss Giuseppe, Fortini Torello.

La Facoltà Medica di Parigi ha chiamato alla cattedra di chirurgia ortopedica il prof. Ombrédanne, quale successore di Augusto Broca, morto di recente.

Alla presidenza dell'Associazione Medica Americana è stato eletto il dott. Wendell Christopher Phillips, reputato oto-rino-laringologo, autore del trattato « Diseases of the Ear, Nose and Throat, Medical and Surgical », adottato come testo in molte scuole mediche.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la lotta contro la tubercolosi.

Il 21 luglio si adunava a Parigi il Consiglio Direttivo dell'Unione internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il prof. Vittorio Ascoli, consigliere dell'Unione e rappresentante in seno all'Unione stessa della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, ha riferito in seno alla Giunta Esecutiva della Federazione, anche a nome dell'altro rappresentante italiano dott. G. B. Roatta, nella seduta del 10 agosto, le risultanze della seduta del Consiglio Direttivo suddetto.

Il prof. Ascoli ha descritto anzitutto la cordiale accoglienza ricevuta da tutti i membri dell'Unione Internazionale ed è passato quindi ad esporre le conclusioni più importanti della riunione. Esse sono:

1) Si sono discussi i temi da mettere all'ordine del giorno per il Congresso di Washington e sono stati scelti come argomento clinico, *il contagio della tubercolosi nell'adulto*, come argomento biologico *la struttura e l'evoluzione del tubercolo in rapporto con lo sviluppo della tubercolosi polmonare*, come argomento sociale *tubercolosi e latte*.

2) È stato stabilito inoltre che di due altri argomenti di particolare importanza sociale dovessero nel frattempo occuparsi tutte le Nazioni della Lega e cioè: 1° *tubercolosi e problema scolastico*, 2° *organizzazione del lavoro durante la cura sanatoriale e nel periodo post-sanatoriale*. La scelta dei relatori per i tre argomenti del Congresso di Washington è stata affidata al Comitato ordinatore dello stesso congresso stabilendo che per ogni argomento fosse scelto un relatore ufficiale e che dalle singole Associazioni nazionali potessero poi essere designati dei membri per discutere in merito ai vari problemi.

Quanto agli argomenti messi in studio cioè: la tubercolosi ed il problema scolastico e la organizzazione del lavoro sanatoriale e post-sanatoriale, l'Unione ha stabilito che ogni Nazione avrebbe riunito e comunicato i dati più importanti su ambedue le questioni, onde pubblicarli nel Bollettino sociale internazionale.

Fatte queste comunicazioni generali il prof. Ascoli ha comunicato qualche notizia avuta dal dott. William, rappresentante degli Stati Uniti, relativamente al futuro Congresso di Washington. Questo avrà luogo in giorni da destinarsi tra il 30 settembre e il 2 ottobre 1926. Immediatamente dopo la chiusura del Congresso Internazionale si riunirà il Congresso Nazionale degli Stati Uniti al quale potranno assistere i membri del congresso internazionale. Si è poi stabilito che oltre i delegati ufficialmente designati dalle singole Associazioni Nazionali contro la tubercolosi, potranno essere invitate al Congresso Internazionale di Washington un certo numero di persone che saranno chiamate *membri della conferenza*. Questi membri della conferenza, che potranno essere scelti all'infuori di ciascuna Associazione nazionale, dovranno poi venire da esse indicati e dovranno pagare una quota individuale di 4 dollari. Il pagamento di queste quote, come in genere ogni comunicazione che si riferisca al congresso di Washington, è desiderabile che venga fatta attraverso il tramite del Segretariato generale di Parigi.

La Giunta Esecutiva federale, dopo aver ringraziato il prof. Ascoli della sua valida azione in seno al Consiglio direttivo dell'Unione, gli ha dato affidamento che sarà subito provveduto per l'attuazione delle sue proposte che varranno a mettere nel meritato posto l'Associazione italiana e frattanto lasciano sperare che una delle tre relazioni ufficiali al Congresso venga affidata ad un nostro connazionale.

Il XIV Congresso Stomatologico.

Ricordiamo che il XIV Congresso Stomatologico, promosso dalla Federazione Stomatologica italiana, sedente in Roma, si adunerà a Fiume il 10 settembre p. v. Assumerà particolare importanza sia dal punto di vista scientifico che professionale. Molte e interessantissime comunicazioni di stomatologi italiani e stranieri sono già inscritte all'ordine del giorno.

Il congresso festeggerà la codificazione del principio della obbligatorietà della laurea in medicina e chirurgia, per l'esercizio della odontoiatria e protesi dentaria ottenuta col R. D. 16 ottobre 1924, n. 1755. Mussolini, al quale in particolar modo si deve tale decreto, ha accettato il patronato del congresso.

Fra gli stomatologi stranieri, che più vivamente si rallegrarono coi colleghi italiani e col Governo Nazionale per tale decreto, vi sono gli ungheresi. Molti di essi renderanno omaggio all'Italia ed alla sua nuova legge partecipando ai lavori del Congresso di Fiume e gli italiani, finito il congresso, si recheranno a Budapest, ove, fra l'altro, visiteranno quelle celebratissime istituzioni stomatologiche e presenzieranno lo scoprimento di un ricordo marmoreo a un grande stomatologo ungherese, recentemente defunto, il prof. Giuseppe Arkovy.

Al congresso di Fiume possono partecipare, oltre ai soci della Federazione Stomatologica, tutti i medici e gli odontoiatri italiani e stranieri. Rivolgersi alla presidenza della Federazione in Roma (26), Lungo Tevere Mellini 17.

III Congresso di storia delle scienze mediche e naturali.

Si adunerà a Venezia dal 13 al 15 settembre. Presidente del comitato esecutivo è il prof. sen. Davide Giordano; segretario il dott. Antonio Dian (Campo S. Stefano n. 2768).

La quota d'iscrizione al congresso è di L. 20, per i soci; di L. 25, per i non soci; di L. 15, per i famigliari. Per prendere parte alle visite, ricevimenti e gite è assolutamente necessario presentare la tessera di congressista. Riduzioni ferroviarie del 30% con durata dal 5 al 20 settembre. Gli alloggi saranno assicurati per un accordo fatto

con l'Ufficio dell'E. N. I. T. Ogni congressista che avrà pagata la quota, riceverà con la tessera uno stampato per la prenotazione dell'alloggio da rispedire all'Ufficio alloggi. Le adesioni devono essere spedite prima del 1° settembre per poter usufruire della riduzione ferroviaria.

Commissione americana per gli studi stomatologici.

Una Commissione per gli studi stomatologici è venuta dall'America in Europa per conoscere l'organizzazione degli studi stessi nei vari Paesi, e sopratutto della profilassi stomatologica scolastica. A Roma ha visitato l'ambulatorio clinico scolastico del Comune, presso l'Ufficio d'igiene municipale. I componenti la Commissione vennero poi ricevuti nelle sale del Museo igienico didattico, ove il prof. Pecori, direttore dell'Ufficio d'igiene, dette loro il benvenuto e illustrò l'opera del Comune di Roma per la profilassi stomatologica; concluse ponendo in rilievo l'opera benemerita svolta dall'America in questo campo.

Il dott. Argis rispose ringraziando per l'accoglienza. Parlarono anche il dott. Cagli e il prof. Piperno. La Commissione americana ha infine consegnato al prof. Piperno il diploma di membro onorario dell'Associazione stomatologica americana, distinzione accordata in Europa soltanto a pochissime persone.

La Commissione si è poi recata in Campidoglio; in assenza del R. Commissario è stata ricevuta dal gr. uff. prof. Pio Pediconi, che a nome della cittadinanza romana dette il saluto ai graditi ospiti.

Corso di microbiologia e igiene.

Nell'Istituto per le malattie infettive «Roberto Koch» di Berlino verrà tenuto dal 1° ottobre fino a Natale un corso di perfezionamento per medici in microbiologia e in igiene. Ogni giorno dalle 10 alle 15 avranno luogo le conferenze e le esercitazioni. Il corso sarà completato con visite alle principali istituzioni che interessano l'igiene. L'insegnamento sarà impartito dai sigg.: E. Boeker, K. A. Gine, F. K. Kleine, J. Koch, B. Lange, G. Lookemann, R. Otto, O. Schiemann, Cl. Schilling, E. Zettnow.

Le iscrizioni sono aperte sino al 15 settembre. Ulteriori informazioni possono essere comunicate dalla Direzione dell'«Institut für Infektionskrankheiten Robert Koch», Berlin n. 39, Fohrerstrasse 2.

Corso di balneologia e balneoterapia.

Dal 13 al 19 settembre si terrà a Carlstad il 7° Corso internazionale di perfezionamento in medicina con particolare riguardo alla balneologia e alla balneoterapia. Tra gl'insegnanti sarà il prof. G. Mingazzini di Roma. Per i programmi e le condizioni rivolgersi al «Komiter der Karlsbader ärztlichen Fortbildungskurse», Büro des Kursus, Karlsbad (Czecoslovacchia).

Corso per le assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana.

Il VII Corso Assistenti sanitarie di C. R. I. si è chiuso in Roma, con risultati molto soddisfacenti, i quali indicano un progressivo sviluppo dell'istituzione.

Per speciali accordi intervenuti fra il R. Provveditore agli studi e la Croce Rossa Italiana frequentarono pure il corso 16 insegnanti elementari di Roma e provincia già infermiere, per prepararsi ad esercitare il delicato ufficio di assistenti scolastiche. L'esperimento è stato coronato da ottimo successo, poichè le insegnanti, che seguirono il corso con vivo interesse, dettero ottima prova agli esami.

Molto ha contribuito al maggior sviluppo di questa Scuola Assistenti Sanitarie — dalla quale escono ben preparate le nuove missionarie igienico-sociali, che ormai il popolo di Roma conosce ed apprezza specialmente nell'opera di assistenza rionale a domicilio — la cortese ospitalità degli illustri direttori delle R. Cliniche che assunsero l'insegnamento nelle loro cliniche, ove generalmente prodigarono il loro tempo, impartendo interessanti lezioni, i proff. Gosio, Bosellini, Artom di S. Agnese, Sabatini, Genovese, De Sanctis, Levi della Vida, Crainz, Mancioli ed i gentili conferenzieri dott. Prati, prof.ssa Ronconi, prof. Guerra.

Dopo la VII Conferenza Internazionale del Lavoro.

Oltre che su questioni riferentisi alla tutela e alla protezione del lavoro, alla Conferenza era sottoposto l'esame dei vari problemi nel campo della riparazione dei danni derivanti dai rischi del lavoro e delle assicurazioni sociali in genere, al cui svolgimento si applicano tutti gli Stati civili.

Sui 58 Stati che fanno parte dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro, in numero di 46 erano quelli che avevano mandato le loro Delegazioni; ed è notevole il fatto che in qualità di membri di queste parteciparono alla Conferenza i Ministri del Lavoro della Francia, del Belgio e della Polonia, nonchè il Segretario parlamentare del Ministero del Lavoro della Gran Bretagna e il Segretario di Stato del Ministero del Lavoro della Spagna.

Per apprezzare l'importanza delle deliberazioni adottate dalla Conferenza basta enunciarle, senza che occorrano commenti. In materia di lavoro notturno dei panettieri, è stata proclamata la necessità di divieto entro equi limiti. In materia di trattamento degli stranieri infortunati si è riconosciuto il principio delle eguaglianze rispetto ai lavoratori nazionali. In materia di infortuni il progetto di convenzione approvato stabilisce: la estensione dell'obbligo di risarcimento degli infortuni sul lavoro a tutte le imprese ed aziende di qualsiasi natura; la corresponsione dell'indennità in rendita; l'assegnazione di un supplemento di indennità ai grandi invalidi del lavoro; l'obbligo dell'assistenza medica, farmaceutica e chirurgica e delle forniture e del rinnovo delle protesi e degli apparecchi ortopedici agli infortunati. In materia

di malattie professionali, queste sono considerate da equipararsi agli infortuni. In materia di assicurazioni sociali in genere si è concretato un programma di studi e di inchieste della cui attuazione ebbe incarico l'Ufficio Internazionale del Lavoro, da servire di documentazione per le discussioni in future Conferenze.

Onoranze al prof. Colella.

Al Direttore della Clinica delle Malattie mentali e nervose di Palermo, on. prof. Rosolino Colella, è stata offerta da colleghi, discepoli e ammiratori una medaglia d'oro con artistico album e fiori a profusione. Parlarono nella circostanza vari oratori, che illustrarono l'opera del Maestro nel campo scientifico, sociale e politico. Rispose il prof. Colella, ringraziando per la dimostrazione di affetto. Il prof. Colella offerse agli intervenuti un volume di circa mille pagine, contenente pubblicazioni fatte dalla Clinica da lui diretta.

Il titolo di specialista in Ungheria.

Il Ministero della salute pubblica in Ungheria ha emanato un'ordinanza che avrà forza di legge, per disciplinare il titolo di specialista. Vengono riconosciute 18 specialità, tra cui l'otologia, che rimane distinta dalla laringo-rinologia; la chimica patologica; l'istologia patologica; gli esami di laboratorio. Il titolo si consegue da medici che abbiano frequentato per due anni gl'istituti universitarî corrispondenti, o per tre un ospedale di prima classe, contenente il riparto corrispondente; viene rilasciato dal direttore dell'istituto o dell'ospedale. Le ammende per le infrazioni vanno sino a 3 milioni di corone. La prima infrazione è di competenza della polizia, la seconda dei tribunali, la terza del ministero.

Centro di diagnosi neurologica.

È stato istituito a Brusselle e comprende numerosi servizi: neurologia generale, neuro-psichiatria, neuro-oftalmologia, neuro-oto-rino-laringologia, neuro-chirurgia, neuro-ortopedia, sistema endocrino e simpatico, roentgenologia, laboratorio. Ogni servizio è affidato ad uno specialista di valore.

Ospedale americano a Reims.

Il 30 aprile l'ambasciatore degli Stati Uniti in Francia, S. E. Herrick, ha donato al municipio di Reims l'« American Memorial Hospital for Children », costruito in adempimento di un impegno assunto dalle donne americane nel 1919.

Medicamenti vendibili dai droghieri.

Avanti la R. Pretura di Ferrara fu discussa una causa contro un droghiere imputato di avere illegittimamente venduto glicerina e olio di fegato di merluzzo, violando l'art. 18 della Legge Sanitaria.

Il Pretore ritenne il droghiere responsabile solo per la vendita della glicerina, condannandolo alla ammenda di L. 50; ha deciso che i droghieri possono vendere medicamenti di cui alla tabella XI della Farmacopea, purchè non in dose di medicina e che la vendita delle sostanze elencate nella tabella IX in misura inferiore allo specificato è punibile con la penalità massima di 100 lire, giusta l'art. 17 della Legge Sanitaria.

Il prof. DEMETER VON TABORA, di Francoforte sul Meno, ha posto fine ai suoi giorni perchè affetto da una malattia incurabile e dolorosa. La moglie ha voluto seguirlo!

Il Tabora fu per molti anni assistente nelle cliniche mediche di Giessen e di Strasburgo. Ha compiuto studî apprezzatissimi e ben noti sulla fisiologia del cuore. Contava 48 anni.

È morto tragicamente il dott. ENRICO FEDERICI. Laureato in scienze naturali, si era occupato con impegno di entomologia medica; aveva vinto il premio istituito dal Ministero dell'Economia Nazionale per promuovere gli studî sulla malaria; e, ripetutamente, uno dei premi del Ministero della P. I. per il perfezionamento all'Estero; era assistente del sen. Fano alla cattedra d'istologia e fisiologia generale. Non aveva che 23 anni. Recatosi a visitare la Stazione zoologica di Vincereux, nello stretto di Calais, trovava ivi la morte per annegamento. Al genitore dott. Federigo, medico del comune di Roma, alla famiglia tutta, le nostre profonde condoglianze.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. di Cl. Pediatr., apr. — C. CISI. Metabolismo basale in pediatria.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discussione sulle sequele mentali dell'encefal. letarg. — Copiosa casistica.

Lancet, 11 apr. — B. SPILSBURY. Le ferite e altre lesioni nell'aspetto medico-legale. — R. J. MINNITT. Sequele dell'anestesia eterea.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 5 apr. — G. CAVINA-PRATESI. Iniezioni sottocutanee di O nella cura delle ischialgie.

Deut. mediz. Wochens., 10 apr. — H. SACHS, A. KLOPSTOCK e A. J. WEIL. Origine delle modificazioni del sangue nella sifilide. — F. KLOPSTOCK. Natura dell'emolisina specifica. — A. BRUSCHKE, F. JACOBSOHN e E. KLOPSTOCK. L'azione oligodinamica dei metalli.

Münch. med. Wochens., 10 apr. — F. LICHTESTEIN. La profilassi nel puerperio. — H. KLIEWE e M. WESTHAUS. Bacilli difterici nelle ferite di cavalli.

Wien Klin. Wochens., 9 apr. — R. ERDMANN. Importanza delle colture *in vitro* per gli studi sul cancro. — M. GROSSMANN e J. SANDOR. Farmacologia clinica dei diuretici.

Riv. di Clin. Med., 28 feb. — F. SCHUPFER. Tifobacillosi. — F. D'ARBELA. Sindrome emorrag. precoce della febbre mediterr.

Pathologica, 1 mar. — G. BERTACCINI. Singolare onicodistrofia in eredoluetico. — A. HOFFMANN. Anguillulosi.

Journ. Amer. Med. Assoc., 28 mar. — Numero sugli ospedali.

Osservatore Medico, feb. — R. PELLEGRINI. Particolare condizione endocrinologica in omicida recidivo.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 11 apr. — A. CRESPO ALVAREZ. Il polso capillare capillariscopico.

Cult. Med. Mod., 15 apr. — F. CINQUEMANI. Stenoplastica e brachiplastica gastriche.

Paris Méd., 11 apr. — C. DOPTER. La lambliasi.

Rass. Intern. di Cl. e Ter., feb. — M. MAZZEO. Flora batterica nelle diarree estive di bambini.

Clin. Med. Ital., gen.-feb. — P. SANGIORGI. Lo «zona» secondo le moderne concezioni. — V. PUNTONI. Vaccinaz. antirabica con i vaccini fenicati.

Rev. Méd. de Barcelona, mar. — J. CUATRECASAS. La secrez. renale della creatinina. — V. PAUCHET. Le colecistectomie difficili; la c. parziale.

Journ. Méd. Français, gen. — Numero di ortopedia.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 apr. — N. P. JEWELL. Funiculite endemica di Castellani.

Riforma Med., 23 mar. — F. PERUSSIA. Basi biologiche e fisiche della radioterapia. — G. CARISI. Megaappendici.

Arch. di Patol. e Clin. Med., apr. — G. SOTTI. Infarto necrobiotico ischemico dell'ipofisi. — C. BARINETTI. Azione dinamica specifica degli alimenti. — P. BENEDETTI. Determinaz. della fibrinemia a scopo clinico.

Giorn. di Cl. Med., 10 apr. — P. ATZENI-TEDESCO e U. MAZZOLENIS. Capillariscopia nella lepra.

Giorn. di Med. Milit., 1 apr. — G. CAPPELLI. Lipasi e tubercolosi.

Mediz. Klinik, 10 apr. — A. FISCHER. Colture pure di tessuti. — M. KAPPIS. Sensibilità al dolore del n. vago destro. — L. CASPER. Terapia delle nefriti.

Ann. di Oftalmol., ecc., 3 mar. — L. MAGGIORE. Contrasto cromatico simultaneo. — F. VON BERGER. La micropsia. — O. ORLANDINI. Disturbi dei movimenti associati degli occhi e alterazioni cerebrali.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 31 Agosto 1925 Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. **Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa.** L'AMMINISTRAZIONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO - SALA GENGA - ROMA.

Sifilide secondaria a sintomatologia quasi esclusivamente febbrile

per il prof. GIOVANNI ANTONELLI, medico primario.

Fra gli antichi medici era radicata la convinzione che la sifilide non fosse malattia essenzialmente febbrile. Infatti l'assenza della febbre rappresenta la regola nella sifilide; ma l'esperienza ha dimostrato che numerose sono anche le eccezioni a tale principio dottrinario, che nel passato veniva ritenuto quale un assioma. È grande merito di Fournier di aver prospettato, in uno fra i più importanti capitoli della sua opera magistrale, la questione della febbre sifilitica secondaria, e di averne delineato, in base soprattutto alla sua personale esperienza, i differenti tipi clinici.

L'accordo degli autori è oramai generale sull'esistenza di tali forme, come concorde è il parere sull'esistenza delle numerose forme di febbre sifilitica terziaria. Fournier, e con lui i successivi osservatori (Balzer, Perrin, ecc.), sostengono giustamente essere la febbre sifilitica secondaria più frequente nel sesso femminile, rarissima nell'uomo. La maggiore frequenza delle forme febbrili nella donna si è attribuita da alcuni autori al temperamento, al surmenage emotivo, ecc.; Perrin spiega il fenomeno con la maggiore frequenza con la quale l'infezione sifilitica può passare inosservata nella donna. Inoltre si è osservato che la febbre è più frequente nella sifilide a forma nervosa. Fournier ne distingue due varietà fondamentali: febbre sintomatica e febbre essenziale; la prima è detta anche febbre d'eruzione.

Per quanto concerne la febbre essenziale o febbre sifilitica propriamente detta, si ritiene che essa si produca indipendentemente da ogni manifestazione clinica o lesione che ne possa rappresentare il substrato patogenetico. Nello stadio secondario della lue predilige i primi mesi (dal 3° al 6°). I tipi di febbre più prolungati si constatano soprattutto nelle giovani donne di temperamento nervoso. Di tale forma di febbre essenziale Fournier distingue 3 tipi:

1) una forma intermittente;
2) una forma continua;
3) una forma atipica.

Nel tipo intermittente si hanno accessi febbrili più o meno regolari come apparizione, caratterizzati dalla loro insorgenza vespertina o notturna, a ritmo quasi quotidiano, e dall'essere sepa-

rati gli uni dagli altri da intervalli di completa apiressia. Sono spesso costituiti da 3 stadi successivi (freddo, calore e sudore), e perciò ricordano molto da vicino gli accessi malarici. Spesso l'accesso febbrile si riduce all'unico stadio del calore. La loro durata è variabile: da 1-2 ore fino a tutta la nottata. Si manifestano verso l'ora del tramonto o nel corso della notte. Il volume della milza resta normale. La febbre dura in genere parecchie settimane; in qualche caso raro può durare parecchi mesi (fino a 7, in un caso di Fournier). La febbre stessa è facile a recidivare.

La febbre sifilitica a tipo continuo è più rara; anch'essa può durare da alcuni giorni a più settimane. Il calore febbrile è spesso interrotto da brivido o da sudorazione. Quando la febbre continua si complica con sintomi di astenia, può dar luogo ad un quadro clinico che, per le condizioni di adinamia, ricorda e mentisce la febbre tifoide. A questo tipo Fournier ha dato il nome di tifosi secondaria o tifosi sifilitica. Tale forma, non ostante le apparenze di una certa gravità, volge sempre a guarigione.

La varietà della febbre atipica è caratterizzata da un decorso che non si svolge secondo uno dei tipi precedenti, ma con una certa irregolarità, ricordando or l'uno or l'altro, con una durata che può giungere fino a parecchi mesi.

Siredey e Lemaire hanno fornito delle osservazioni di febbre sifilitica secondaria. Moutard e Martin pensano che nella febbre risieda una delle manifestazioni troppo spesso sconosciute del viscerotropismo o del neurotropismo di evoluzione del treponema pallido. Tordon riscontrò la febbre in 27 casi su 47 sifilitici secondari; la febbre durò per un periodo variabile da 2 a 23 giorni; il tipo era intermittente o remittente, o in rari casi irregolare; in un caso si ebbe il quadro di uno pseudotifo. Perrin, Benech, Masson hanno descritto 3 casi di febbre sifilitica secondaria in donne, che presentavano qualche manifestazione obbiettiva a carico della cute o delle mucose. G. Laurenti ha descritto un caso di febbre sifilitica secondaria a decorso tifoide in una donna, scomparsa rapidamente in seguito alla cura specifica. Favre e Contamin distinguono le febbri sifilitiche in concomitanti ed essenziali, sempre sulla base della classica distinzione stabilita da Fournier.

L'argomento della febbre sifilitica secondaria è di così vivo interesse clinico da indurmi a render nota una mia osservazione, che si riferisce ad uno fra i casi più dimostrativi e che risulta affatto singolare specialmente da altri punti di vista.

Anamnesi. — B. B., di a. 19, aiutante meccanico, celibe. Il padre è strenuo bevitore; la madre ha condotto a termine 16 gravidanze, e non sembra abbia avuto aborti. Dei 16 figli 9 sono morti in tenerissima età. L'infermo è nato con parto eutocico; nega malattie esantematiche; afferma di essere cresciuto un po' stentatamente e di aver presentato note di anemia fin dall'età di 5 anni. A 13 anni, polmonite; a 14, fu per la prima volta colpito da un complesso di disturbi nervosi consistenti in accessi di vertigine di durata variabile, a cui seguivano la perdita completa della coscienza, la caduta a terra e scosse convulsive; il ritorno alla coscienza avveniva attraverso una fase di torpore psichico accompagnato da un senso di spossatezza e dolenzia generale. Non perdeva le urine nè si trovava morsicata la lingua. Tali accessi si ripeterono a lunghissimi intervalli (una o due volte all'anno). Non ha avuto abitudini viziate nè in rapporto alle bevande alcooliche nè alla Venere, od a pratiche onanistiche.

Quattro mesi prima del suo ingresso nell'Ospedale, a distanza di 15 giorni da un contatto venereo, riportò un'ulcerazione alla radice dell'asta, che volse lentamente alla cicatrizzazione. A distanza di 40 giorni dall'inizio dell'ulcera, fu colpito da accessi febbrili a tipo vespertino, caratterizzati da una sensazione di brivido della durata di pochi minuti, a cui seguiva elevazione della temperatura intorno ai 38°,5 e la defervescenza nelle prime ore del mattino. Nell'acme febbrile notava sudorazione profusa; la febbre era accompagnata da cefalalgia diffusa che si attenuava e scompariva con la defervescenza. In seguito gli accessi febbrili raggiunsero temperature più elevate, e la cefalea si intensificò così da costringere l'infermo a farsi ricoverare nella Clinica Medica, dove rimase degente per 20 giorni e fu sottoposto a cure ricostituenti; in quel periodo le febbri si succedevano con lo stesso ritmo. Tanto nel periodo precedente, quanto durante la degenza in Clinica, come anche in seguito, cioè fino all'ingresso nel nostro Ospedale, nega in modo assoluto di aver presentato eruzioni cutanee e speciali alterazioni a carico della mucosa orale o della regione perianale, dello scroto, ecc. Egli afferma che il fenomeno più saliente era costituito dalla febbre, insieme con la cefalea. Nell'ultimo periodo gli accessi febbrili si sono intensificati (temperatura massima vespertina a 40°) ed alla cefalea si sono aggiunti dolori ossei a tipo contusivo localizzati nella regione sternale e lungo le tibie non che in corrispondenza delle articolazioni dei ginocchi.

Fu ricoverato nell'Ospedale di S. Spirito il 14 novembre u. s., e in occasione di un accesso febbrile vespertino, dimostrò turbe psichiche a tipo confusionale, con difetto di orientamento rispetto allo spazio, al tempo, alle persone, ecc., così da far ritenere opportuno il suo passaggio nel « reparto agitati », dove si è proceduto alla ricerca della Wassermann con esito negativo. Dopo una settimana di degenza in detto reparto, è stato di nuovo accolto nella nostra Sala.

Esame obbiettivo (21 novembre 1924):

« Condizioni generali non gravi; costituzione scheletrica a tipo allungato; nutrizione scaduta. Cute e mucose visibili alquanto pallide; pannicolo adiposo scarso. Masse muscolari mediocremente sviluppate, toniche negli arti superiori,

alquanto flaccide negl'inferiori. Alla radice dell'asta, presso l'inserzione dello scroto, si nota una cicatrice pianeggiante, di aspetto raggiato, di colorito biancastro alla periferia, roseo al centro. Notasi anche nella zona cicatriziale una perdita di sostanza, a fondo splendente, lardaceo ed a margini scollati. Nulla a carico dei testicoli e degli epididimi. Nelle regioni inguino-crurali si nota, soltanto in seguito a minuta esplorazione, la presenza di piccolissime glandole che vanno dal volume di un acino di riso a quello massimo di un pisello, ovalari o fusiformi, scarsamente dolenti a destra, normalmente mobili sotto i comuni tegumenti. Rari gangli di consistenza non dura e della grossezza massima di una lente, nelle regioni ascellari. Assenza assoluta di gangli palpatoriamente apprezzabili nelle regioni epitrocleari. Lo stesso dicasi delle regioni postero- e laterocervicali, mastoidee, sopra- e sottoclavicolari, sottomascellari (tranne un piccolissimo ganglio a sinistra) e sottomentoniere. La pressione suscita modico dolore lungo la cresta delle tibie; vivamente dolente alla pressione risulta la regione del manubrio e del corpo dello sterno.

Pupille di media ampiezza, uguali. Dentatura normalmente impiantata, ma con evidenti note di microdontismo a carico dei superiori. L'ispezione del cavo orale e del faringe non dimostra assolutamente nessun'alterazione degna di nota. Lingua con lievissima patina generalmente diffusa.

Torace di forma alquanto allungata, con evidenti fosse sopra- e sottoclavicolari e sopraspinose. Tipo respiratorio normale, di media frequenza, ritmico, simmetrico; fremito vocale normale; percussione ed ascoltazione negative.

Cuore normale; polso molle, celere, frequente, ritmico.

Addome trattabile, indolente. Fegato con limite superiore alla 5ª costola lungo l'emiclaveare, con il margine inferiore non debordante dall'arcata costale. Confine superiore della milza all'8ª costola lungo l'ascellare media, anteriore lungo l'ascellare anteriore, margine inferiore non apprezzabile nemmeno nelle profonde inspirazioni. Non palpabili i reni, e non apprezzabili alterazioni a carico degli altri organi addominali.

Esame neurologico: Oculomozione, movimenti facciali, linguali, del velo pendulo normali. Normali i movimenti attivi e passivi del capo sul tronco.

I movimenti attivi e passivi del tronco sono un po' limitati in conseguenza di una lieve rigidità della colonna vertebrale.

Trofismo, atteggiamento, tono muscolare, movimenti attivi e passivi degli arti superiori e inferiori normali.

Riflessi tendinei: rotulei, pronto a S., torpido a D.; achillei, notevolmente vivace a S., normale a D. Riflesso degli adduttori presente bilateralmente. Clono della rotula appena abbozzato a S., assente a D.; clono del piede assente da entrambi i lati.

Tricipitale, bicipitale, radiale, cubito-pronatore e degli estensori, presenti e vivaci da entrambi i lati. Normali i riflessi mentoniero e masseterino.

Riflessi plantari normali; Oppenheim, Schaefer, Gordon, Mendel-Betcherew, Rossolimo assenti.

Addominali superiori, medi e inferiori presenti e vivaci; cremasterici assenti.

Pupille uguali; normale il riflesso alla luce, all'accomodazione, il consensuale ed alla convergenza. Riflesso palatino torpido da entrambi i lati; riflesso faringeo assente.

Forza muscolare (saggiata col dinamometro): a D. 17-18; a S. 16.

Sensibilità superficiali e profonde normali su tutta l'estensione.

Non atassia statica nè dinamica; non dismetria, adiadococinesia, asinergia; non Holmes-Stewart; non Romberg. Stazione eretta ed andatura normali.

La percussione del cranio dimostra una lieve dolorabilità nella regione parieto-occipitale destra; assenza di dolorabilità alla pressione delle docce paravertebrali.

Dolenti il punto mentoniero destro, il punto inferiore del mediano a sinistra, alcuni punti a carico dello sciatico e suoi rami a D., del peroniero e del tibiale posteriore a S.

Visus: 5/10 tanto a D. quanto a S.

Ipocromatopsia a D., cromatopsia quasi normale a S. Campo visivo normale bilateralmente.

L'esame oftalmoscopico non dimostra speciali alterazioni.

Senso acustico normale da entrambi i lati; Rinne positivo tanto a D. quanto a S.; Weber non lateralizzato.

Iposmia notevole a S., minore a D.

Ipogeusia più accentuata a D. che a S.

Non disturbi disartrici nè afasici.

Funzioni della vescica e del retto normali.

Urine normali ».

Riassumiamo ora i punti più salienti rilevati durante la degenza dell'infermo nel nostro Reparto.

Esso va soggetto ogni giorno, con ritmo costante a forte elevazione di temperatura, preceduta da sensazione di brivido generale della durata di circa un quarto d'ora, ed insorgente nelle ore pomeridiane. La febbre raggiunge massimi che oscillano intorno ai 39° e raggiungono spesso i 39°,8-39°,9 (temperatura ascellare), ed è accompagnata da proporzionato aumento della frequenza respiratoria e del polso.

Nelle ore più o meno avanzate della sera la febbre cade con sudorazione. A notte inoltrata e nelle ore antimeridiane la temperatura rientra in limiti perfettamente normali. L'infermo asserisce che, quando la febbre si intensifica, è colto da un senso di vertigine e di stordimento della durata di circa un quarto d'ora, a cui segue, non costantemente, la perdita di coscienza e qualche manifestazione convulsiva consistente in scosse cloniche del capo verso il lato destro, accompagnate spesso da singhiozzo, e da espirazioni rumorose, non da perdita involontaria di urine, e soltanto di rado da morso della lingua. Tali manifestazioni nervose cessano col degradare della febbre.

La Wassermann praticata pochi giorni dopo il suo ritorno in reparto, dà risultato completamente positivo (+ + + +).

Cutireazione alla tubercolina positiva.

L'esame radioscopico del torace dimostra assenza di opacità patologiche su tutto l'ambito polmonare, comprese le regioni apicali, ilari e mediastiniche.

Un primo esame morfologico del sangue dimostra un'intensa monocitosi relativa, rappresentata quasi esclusivamente da mononucleati medi e grandi, e da rarissimi linfociti; a carico dei globuli rossi, evidente anisocitosi, rappresentata tanto da forme macrocitiche, quanto microcitiche,

assenza di netta poichilocitosi, di emazie puntate e di eritroblasti.

Un successivo esame del sangue, volto a stabilire la formula leucocitaria dimostra:

leucociti 8200: di cui linfociti 16,40 %; monociti medi e grandi 12 %; polinucleati e polimorfi neutrofili 64,60 %; polinucleati eosinofili 1,60 %; polinucleati basofili 0,40 %; forme di passaggio 4 %; mielociti neutrofili 1 %.

Puntura lombare: il liquor fuoriesce a zampillo; aspetto limpido; reazione di Nonne-Apelt debolmente positiva; Wassermann negativa.

4 dicembre. *Esame del sangue*: Globuli rossi 5.160.000; Hb 0,66; valore globulare 0,64; globuli bianchi 7000.

Formula leucocitaria: linfociti 5,50 %; monociti medi 18 %; monociti grandi 11 %; polinucleati e polimorfi neutrofili 53 %; polinucleati eosinofili 4 %; forme di passaggio 5,50 %; metamielociti neutrofili 2,50 %; mielociti neutrofili 0,50 %.

All'esame morfologico: notevole anisocitosi, costituita da numerose forme micro- e macrocitiche; assenza di policromatofili e di eritroblasti non che di altre speciali alterazioni. Fra i mononucleati sono frequenti forme con nucleo a delicata struttura cromatinica e presenza di nucleoli (forme monoblastiche).

5 dicembre. Si pratica una prima iniezione intravenosa di gr. 0,45 di novarsenobenzolo. Nel pomeriggio si constata febbre a 40°, e l'infermo è colto da completa perdita della coscienza, non che da scosse tonico-cloniche degli arti superiori e della mandibola e iperestensione della colonna vertebrale per la durata di 10 minuti; l'accesso termina con una crisi di pianto.

Già l'indomani non si rileva l'abituale elevazione febbrile e insieme con essa non si presentano le turbe nervose sopra descritte. Lo stesso dicasi nei giorni seguenti; anche la cefalea e i dolori ossei ed articolari si attenuano e scompaiono.

Soltanto in occasione delle successive iniezioni intravenose, che si praticano a dose crescente fino a 90 cgr., e ad intervalli di 5-6 giorni l'una dall'altra, si constata una reazione febbrile insieme con qualche turba subiettiva (cefalea, agitazione psichica e motoria, ecc.) nella giornata stessa dell'iniezione; completa apiressia nei periodi intervallari.

23 gennaio 1925. L'infermo avverte dolenzia nel quadrante superiore destro dell'addome, e si riesce a palpare nettamente il margine epatico, alquanto ottuso, normalmente mobile nei movimenti respiratori, un po' dolente alla pressione. L'esame delle urine, con particolare riguardo alla presenza dell'urobilinogeno, dà risultato negativo.

Con la completa e costante apiressia si accompagna un evidente miglioramento della nutrizione generale (in meno di un mese si constata un aumento del peso corporeo da kgr. 52 a 55,300), una progressiva diminuzione del pallore cutaneo e delle mucose, la scomparsa di ogni disturbo subiettivo. La reazione di Wassermann, ciò non ostante, si mantiene nettamente positiva, tanto durante la cura (e propriamente dopo la somministrazione di gr. 3,70 di novarsenobenzolo), quanto alla fine del periodo di cura (rappresentato dalla ulteriore aggiunta di gr. 1,80 di neosalvarsan). I disturbi subiettivi, come la cefalea, la sternalgia, ecc., si presentano solo di rado, di tenue intensità e fugacemente.

L'apiressia si mantiene costante e definitiva.

11 gennaio. Viene praticato un esame di sangue, per valutare l'eventuale miglioramento ematologico, in seguito alla cura specifica. Esso dà i seguenti valori:

Globuli rossi 5.510.000; Hb 82; valore globulare 0,74; leucociti 6,700.

Esame morfologico: discreta anisocitosi, assenza di policromatofili ed eritroblasti.

Formula leucocitaria: linfociti 2,5 %; monociti medi e grandi 29,5 %; polinucleati e polimorfi neutrofili 59 %; polinucleati eosinofili 7,5 %; forme di passaggio 1,5 %.

In tali condizioni l'infermo viene dimesso dall'Ospedale.

CONSIDERAZIONI.

La storia clinica sopra riassunta offre un esempio tipico di febbre essenziale nel periodo secondario della lue, caratterizzata da accessi a tipo vespertino, che raggiungevano temperature molto elevate, fino a circa 40°, precedute da brivido più o meno intenso e terminanti con sudorazione, così da simulare quasi perfettamente il decorso di un'infezione malarica (dunque un tipo di *febbre pseudomalarica*). Naturalmente non m'indugio a svolgere gli argomenti atti a lumeggiare la natura del processo morboso (assenza di tumore splenico, positività netta e completa della reazione di Wassermann, l'esistenza dei relitti di un accidente iniziale venereo, ecc.). Nel nostro caso l'elemento decisivo, che non può lasciar sussistere alcun dubbio sulla natura della malattia è certamente il criterio *ex juvantibus;* è stata sufficiente una sola iniezione intravenosa di gr. 0.45 di novarsenobenzolo per arrestare di botto un processo febbrile che datava da più mesi. Gli accessi febbrili che si sono talvolta constatati in occasione delle iniezioni praticate a dose crescente, debbono essere interpretate quali specie di reazioni di Herxheimer, o febbri sifiloterapeutiche, secondo l'espressione di Chiray e Coury, che le ritengono dovute alle cure mercuriali o arsenicali, ma di natura specificamente sifilitica; nei periodi intervallari fra le singole iniezioni la febbre scompariva del tutto. Questa pronta azione della terapia arsenicale sulla febbre sifilitica è ricordata dalla maggior parte degli autori, che si sono occupati dell'argomento. Ritengo quindi ozioso, di fronte all'evidenza di fatti così eloquenti, fare una disquisizione sugli altri differenti processi infettivi che potevano simulare il decorso di quel quadro febbrile (tifo, paratifi a decorso prolungato, infezione melitense, setticemie criptogenetiche, endocardite lenta, infezione tubercolare a forma tifo-bacillare, ecc.).

La nostra osservazione offre anche altri rilievi degni di un certo interesse: innanzitutto il prolungarsi del periodo febbrile, che rimontava a circa 3 mesi prima dell'ingresso nell'ospedale. La durata della febbre sifilitica secondaria suol es-

sere notevolmente minore, a quanto asseriscono gli autori, e specialmente il Fournier, che ha la maggiore autorità in questo campo; solo in casi eccezionali la durata raggiunge parecchi mesi. Inoltre tutti gli autori, come abbiamo sopra accennato, sono concordi nell'affermare che è soprattutto la donna predisposta alla febbre sifilitica secondaria; non ho trovato descritte osservazioni riguardanti il sesso mascolino· dunque i casi constatati nell'uomo debbono ritenersi assolutamente eccezionali.

Altra considerazione importante è quella che si riferisce al modo assolutamente singolare con il quale la febbre si è svolta: essa ha cioè rappresentato il *sintoma quasi unico* nel periodo secondario della lue, cosicchè mi sembra che proprio questo sia da ritenersi un caso veramente caratteristico di *febbre essenziale sifilitica*, cioè rappresentante da sola l'essenza del processo sifilitico. Essa non è stata accompagnata durante tutto il tempo della nostra osservazione, e sembra, fin dal suo esordio, da nessuno dei sintomi obbiettivi (eruzioni cutanee, placche mucose, poliadenopatia, ecc.), che costituiscono l'espressione clinica ordinaria della lue secondaria. L'assenza di tali manifestazioni anche nel periodo precedente alla nostra osservazione è indirettamente dimostrata dal fatto che il paziente, durante la degenza in Clinica Medica, non fu sottoposto a cura specifica; ciò dimostra che l'infermo, all'infuori della febbre, non dovette presentare nessuna delle ordinarie manifestazioni cliniche della lue secondaria, in maniera da richiamare su di essa l'attenzione dei sanitari. La roseola è la più precoce e comune fra le manifestazioni cutanee, specialmente nel sesso maschile; pochi infermi vi sfuggono, afferma Fournier. La nostra osservazione non ha mai sorpreso la minima traccia di efflorescenze cutanee, per quanto diligente attenzione venisse portata nell'indagine. Lo stesso dicasi delle alterazioni che la sifilide secondaria induce a carico delle mucose: la loro frequenza è eccessiva, tanto che rari malati ne vanno esenti; sono inoltre alterazioni facili a recidivare e tendono a colpire tutte le mucose. Nel nostro infermo, la diligente ispezione della mucosa orale, faringea, della regione perianale, ecc., non ha mai dimostrato l'esistenza o le tracce di placche, ulcerazioni, ecc., nè l'infermo asseriva di averne mai presentato per lo innanzi.

È anche mancata la poliadenopatia caratteristica del periodo secondario; infatti la sifilosi secondaria delle glandole linfatiche costituisce una fra le più comuni manifestazioni cliniche. Fournier asserisce che non ci sarebbe che un po' di esagerazione a dirla costante, tanto è raro di vederla mancare assolutamente. Nel nostro infermo, l'esplorazione metodica e ripetuta delle regioni cervicali posteriori, mastoidee, latero- ed anterocervicali, epitrocleari, non ha dimostrato che la presenza di qualche raro minutissimo ganglio, insignificante dal punto di vista clinico, perchè gangli più numerosi e voluminosi sogliono palparsi anche in soggetti affatto esenti dall'infezione luetica. De Amicis dà una grande importanza semejologica all'adenopatia epitrocleare, e la considera come un importante elemento diagnostico, sia per la sua grande frequenza, sia per il volume talvolta raggiunto dalle glandole di tale regione nella lue secondaria, sia per la sua persistenza. Nel nostro paziente non esistevano gangli epitrocleari palpatoriamente apprezzabili. Ma l'assenza della linfoadenopatia clinicamente rilevabile si estendeva fino all'estremo limite, cioè fino a coinvolgere le stesse regioni inguino-crurali, dove non manca che in casi estremamente eccezionali, in forma di adenite satellite, rispetto all'accidente iniziale. Ricord affermava ch'essa « è il compagno fedele dell'ulcera, come l'ombra segue il corpo. Non v'è ulcera infettante senza bubbone, ecco ciò che si può dare arditamente come una legge patologica ».

Le eccezioni sono straordinariamente rare; Fournier sopra 5000 malati l'ha visto far difetto soltanto in 3 casi. Quindi la pleiade ganglionare con gli attributi della indolenza, dello stato aflegmasico, durezza, mobilità, indipendenza reciproca, costituisce per questo grande Maestro di sifilografia, uno dei più importanti segni dell'infezione sifilitica primitiva. In un caso solo egli ha visto un'ulcera della verga accompagnarsi ad un solo ganglio grosso quanto una piccola oliva. Nel caso nostro i rari gangli, apprezzabili appena con una diligente esplorazione palpatoria, non raggiungevano che il volume massimo di un pisello; troppo poco per assurgere a dignità di segno clinico!

Gli esami ematologici hanno dimostrato una notevole oligocromoemia, migliorata in seguito alla cura specifica (altro criterio *ex juvantibus* atto a dimostrare la natura sifilitica della malattia febbrile); infatti l'anemia a tipo clorotico rappresenta l'alterazione ematologica più comune nel periodo secondario della lue.

Più importante è secondo noi la intensa monocitosi propriamente detta e relativa linfocitopenia dimostrata nella maggior parte degli esami ematologici eseguiti nel soggetto in esame. Ritengo sia lecito formulare l'ipotesi che la diminuita o scarsa linfocitogenesi possa mettersi in rapporto con la scarsa reattività dell'apparato linfoglandolare, documentata appunto dalla poca o nessuna apprezzabilità clinica della poliadenopatia. E chissà se tale scarsa reattività non aves-

se importanza nella genesi della febbre, quasi questa fosse l'espressione clinica di una deficiente azione difensiva esercitata dall'apparato glandolare, così da mantener sempre viva l'attività pirogena delle spirochete in questo caso speciale, e da lasciar l'organismo privo di quella specie di barriera protettiva, come in preda ad una permanente setticemia spirochetica! Sarebbe forse opportuno portare l'attenzione in modo speciale su questo punto nelle ulteriori osservazioni.

Nel quadro clinico dobbiamo dare un'importanza del tutto accessoria alle scarse manifestazioni subiettive accusate dal paziente (cefalea, sternalgia, rare osteo-artralgie), sia perchè non corrispondevano ad evidenti alterazioni obbiettivamente rilevabili, sia perchè esse apparivano specialmente in coincidenza con gli accessi febbrili.

Più importante nel nostro paziente è stato il rilievo degli accessi convulsivi, che insorgevano con una certa frequenza nel periodo precedente all'inizio della terapia specifica, per rarefarsi in seguito: accessi convulsivi a tipo clonico-tonico accompagnati da perdita della coscienza e spesso terminati con una crisi di pianto, così da rivestire la forma di accessi istero-epilettici. L'anamnesi del paziente dimostrava che tali manifestazioni neurotiche rimontavano a parecchi anni prima della contratta infezione luetica, ma si presentavano non più di un paio di volte all'anno.

Dopo il contagio venereo tali manifestazioni si sono ripetute, durante gli accessi febbrili, con una insolita frequenza, tanto da dimostrare un netto nesso causale fra la lue e la loro intensificazione. Infatti l'esperienza clinica dimostra che la sifilide secondaria si traduce talvolta nella stimolazione o risveglio di alcune neurosi preesistenti, ad esempio l'epilessia, e spesso le crisi istero-epilettiche, come nel nostro infermo. Qualche volta la lue può provocare per suo conto delle nevrosi che non esistevano in precedenza, ad esempio l'isteria secondaria, specialmente nel sesso femminile, nelle sue molteplici forme sintomatologiche (Fournier).

Nel nostro caso si dimostrava una stretta interdipendenza fra l'accesso febbrile e la manifestazione neurotica, così da dare la netta impressione clinica che la febbre, espressione della grave infezione sifilitica, rappresentasse l'elemento basale sul quale trovava appoggio o condizione predisponente la neurosi; cioè la febbre costituisse un fenomeno intrinseco ed essenziale nel decorso della lue. E questo ci sembra il punto più interessante nella nostra osservazione; essere cioè la febbre quasi il nucleo centrale delle manifestazioni cliniche della sifilide secondaria, e rappresentare quasi da sola l'intero processo morboso.

CONCLUSIONI.

Ho creduto opportuno rendere nota l'osservazione clinica su riferita per le seguenti considerazioni:

1) si tratta di un caso d'infezione sifilitica secondaria, a forma febbrile pseudomalarica, rarissima nel sesso maschile;

2) la febbre ha avuto una durata insolita, cioè di circa 3 mesi, ed è stata prontamente debellata dalla terapia arsenobenzolica;

3) la febbre stessa ha rappresentato il sintoma cardinale ed essenziale della malattia, quasi unico, in quanto non è stata accompagnata dalle ordinarie manifestazioni cliniche della lue secondaria (adenopatie, eruzioni cutanee, accidenti a carico delle mucose, ecc.), così da rendere facile lo scambio con altre malattie febbrili, senza il prezioso sussidio della Wassermann che ne ha dimostrato la natura e ne ha reso possibile la guarigione. Questa osservazione ammaestra a tenere presente, di fronte a processi febbrili prolungati, che non abbiano una chiara eziologia e non sieno accompagnati da manifeste alterazioni a carico dei vari organi, l'eventuale possibilità della lue secondaria a forma febbrile, che specialmente nel sesso femminile potrebbe sfuggire completamente alla diagnosi, essendo spesso nella donna difficilmente scopribili le tracce dell'accidente iniziale. Aver presente tale possibilità significa ricercare una valida conferma al sospetto clinico nella reazione di Wassermann, e poter troncare a colpo sicuro una prolungata forma febbrile mediante la terapia specifica, che su di essa suole agire con rapidità veramente maravigliosa.

4) Il nostro caso, caratterizzato da febbre essenziale in periodo secondario della sifilide senza manifestazioni cutanee, mucose e glandolari, si presta forse a fornire conferma alla dottrina sostenuta da Levaditi e sua scuola circa l'esistenza di due varietà di spirochete, di cui l'una dermotropa, l'altra neurotropa; quest'ultima varietà si sarebbe propensi ad ammettere nel paziente, che è stato oggetto del nostro studio. Infatti la febbre deve ritenersi quale una reazione patologica dei centri termoregolatori di fronte all'azione dei germi o delle loro tossine. Tale concetto è anche confermato, nel caso speciale, dalla concomitanza delle turbe nervose, a tipo istero-epilettico, insorgenti durante ed in coincidenza degli accessi febbrili.

Gennaio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

BALZER F. *Maladies vénériennes.* Traité de méd. et de Thérap. Gilbert et Thoinot, vol. VII, 1909.
CARDUCCI A. Boll. Soc. Lancisiana, 1905.
CECONI. Rivista critica di Clinica Medica, VI, 1905.
ID. Riforma medica, 1912.
CHIRAY et COURY. *La syphilis fébrile. Fièvres syphilitiques et fièvres syphilothérapeutiques.* La Presse médicale, 1921, p. 1031.
FAVRE et CONTAMIN. *Les fièvres syphilitiques.* Journal de méd. de Lyon, maggio 1923.
FOURNIER E. Traité de la syphilis, 1903, vol. I.
LAURENTI G. *La tifosi sifilitica.* Rivista Ospedaliera, 1920.
MOUTARD-MARTIN. Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1904, p. 606.
MASSON. Thèse de Nancy, 1914.
PERRIN. Paris Médical, 1914.
SIREDEY et LEMAIRE. *Fièvre dans la période secondaire de la syphilis.* Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1904, p. 601.
SISTO. Clinica Medica Italiana, 1911.
TORDON C. Archiv für Dermatologie und Syphilis, CVIII, 1911, p. 513.

NOTE DI TECNICA.

GABINETTO DI RADIOL. DEGLI OSP. CIV. DI GENOVA
diretto dal prof. VITTORIO MARAGLIANO.

Un nuovo metodo per lo studio radiologico della pleura.

Nota preventiva.

Dott. PIETRO CIGNOLINI, assistente.

La radiodiagnostica ha tratto larghissimi vantaggi dai metodi di opacizzazione; sicchè il concetto di plasmare con sostanze ad ombra densa organi e forme di per sè mute radiologicamente trova ogni giorno nuove applicazioni. Dimenticando gli enormi servigi della opacizzazione degli apparecchi digerente ed urinario e dei tragitti fistolosi, ecc., basterà accennare alle recenti tecniche per lo studio dei bronchi, dello speco vertebrale e dei seni mascellari, e a quella recentissima della opacizzazione della cistifellea.

Voglio rilevare un fatto. In alcuni casi i metodi per trasparenziare mediante gas precedettero. Questo è successo per esempio per lo stomaco e per la vescica urinaria. Ma i metodi di opacizzazione si sono ben presto dimostrati superiori, a tal punto da far quasi dimenticare la trasparenziazione mediante gas, tranne che per ristrette indicazioni.

La radiodiagnostica della pleura non conosce fino ad oggi che un artificio di contrasto, ed è un metodo per trasparenziare: il pneumotorace diagnostico. Questa tecnica ha la sua ragion d'essere. Ma dovrebbe a mio parere conservare ristrette indicazioni: 1) perchè spesso non è indifferente il mettere nello spazio virtuale pleurico circa 200 cc. di gas, quando bastano, in soggetti in cui la meccanica respiratoria è già compromessa. È pratica certo innocua quoad vitam ma pur sempre perturbatrice; 2) l'emitorace interessato viene modificato nei suoi aspetti. Mentre è assiomatico che il radiologo deve proporsi, finchè è possibile, di non alterare l'organo su cui il clinico gli ha posto dei quesiti, e di non mutare rapporti anatomici.

Queste considerazioni mi hanno persuaso della utilità di escogitare un diverso artificio di contrasto, e precisamente un metodo di opacizzazione della pleura. Su questo problema aveva fermato la mia attenzione una serie di studi intrapresi nell'estate 1924 col dott. De-Martino per mettere in evidenza la distribuzione della prima bolla gassosa nel pneumo-torace terapeutico mediante la creazione di un mantello alveolare opaco con iniezioni intratracheali di Lipiodol. Di fronte alle difficoltà incontrate ci nacque l'idea di iniettare direttamente in pleura un liquido opaco che tenesse luogo del gas e quasi fornisse direttamente lo schema del comportamento della prima bolla gassosa. Col mio collega tentai tale tecnica in due casi, che dettero risultati imperfetti, ma mi confermarono la possibilità di un metodo di opacizzazione della pleura.

Tecnica. — Ho posto il problema in questi termini:

1) la sostanza opacizzante deve essere innocua per sua natura e per la sua posologia, non traumatizzante per azione meccanica, riassorbibile ma non troppo rapidamente;

2) occorrono due tipi: uno di peso specifico tale da galleggiare su un trasudato, l'altro di peso tale da affondare rapidamente anche in un denso essudato.

Ho cominciato col provare varie soluzioni di Lipiodol in diversi olii. Ricorsi poi a varii altri preparati di iodio in veicolo oleoso. Non ho esteso i miei tentativi ai preparati di bismuto e di bario, joduri, bromuri, ecc., perchè in tutti vidi qualche controindicazione. L'esperienza potrà modificare queste mie opinioni. Avendo trovato nella Iodipina di Merck un preparato soddisfacente ho sospeso le ricerche su questo punto.

La Iodipina Merck, soluzione al 20 % usata integralmente, va a fondo rapidamente.

Mescolata due volumi con uno di olio d'oliva affonda ancora anche in acqua distillata. Mescolata un volume con due di olio d'oliva (agitare bene!) galleggia anche su acqua distillata mentre conserva ancora un buon grado di opacità.

A queste due mescolanze mi riferirò brevemente colle dizioni di *Soluzione pesante* e *Soluzione galleggiante*.

Le ho largamente esperimentate su conigli e su cani nei quali simulavo un versamento pleurico con iniezioni intrapleuriche di siero fisiologico. Ho potuto così accertarmi della corrispondenza assoluta dei risultati nelle pleure coi risultati nelle provette.

Il tipo galleggiante saliva immediatamente alla superficie del versamento, mentre il tipo pesante scendeva a disegnare i seni diaframmatici.

In genere non occorre oltrepassare gli 8 cc. di soluzione galleggiante ed i 6 cc. di sol. pesante.

Ricordiamo le equivalenze: cc. 10 di sol. galleggiante equivalgono a cc. 3.3 di iodipina al 20 % più cc. 6.6 di olio d'oliva sterile.

Cmc. 10 di sol. pesante equivalgono a cc. 6.6 di iodipina al 20 % più 3.3 di olio d'oliva sterile.

Colle dosi sopra indicate abbiamo: cc. 8 di sol. gallegg., cc. 2.6 di iodipina 20 %; cc. 6 di sol. pesante = cc. 5.4 di iodipina 20 %.

Orbene, è noto che si possano iniettare sino a 20 cc. di iodipina al 25 % sotto cute senza inconvenienti.

Naturalmente però bisognerà sempre ricordare che si tratta di un preparato iodico ed escludere gli infermi in cui la controindicazione sia assoluta.

Per maggior prudenza, uso di regola la soluzione galleggiante, anche se non vi sia liquido; riservando l'uso della soluzione pesante solo ai casi in cui *esistendo liquido* voglio realmente attingere il fondo per indagini speciali di quel distretto; in questo caso mi par logico che l'esistenza di un versamento (spesso con ispessimenti e relativa impermeabilità della pleura) attenui i pericoli della maggiore concentrazione.

Altro elemento favorevole è la lentezza dell'assorbimento (diverse settimane).

Quanto alla soluzione galleggiante, anche perchè la iodipina è distribuita in veicolo oleoso abbondante, può usarsi anche in quantità superiori alle indicate (8 cc.) ed io l'ho usata; ma in genere non è necessario.

Non sarà inutile ricordare che è bene praticare le iniezioni con lentezza qualora non esista versamento, e interromperle se l'infermo accusa dolore, giacchè la pleura è organo a reazione incostante, ed è ben noto che anche per semplici pleuropunture possono talora aversi disturbi gravi.

La tecnica per la iniezione, è superfluo il dirlo, è la usuale: 1) Se esiste un versamento infiggo l'ago al disotto del limite superiore del versamento stesso. All'ago ho innestata preventivamente una siringa da 10 cc. contenente 8 cc. di soluzione galleggiante. Quando presumo di essere in pleura, aspiro un po' di liquido per accertarmene, quindi inietto l'intero contenuto. 2) Se versamento non esiste, e desidero studiare un particolare distretto, infiggo l'ago uno o due spazi più alto, col manometro mi accerto, quindi inietto.

Indicazioni. — Ho usato fino ad ora la mia tecnica in sei casi, con risultati di grande evidenza. Li illustrerò non appena avrò completato gli studi che sto attualmente svolgendo. Cioè il controllo con iniezioni opache della disposizione dei trasudati e degli essudati e della situazione del polmone atelettasico e del mediastino nelle pleuriti e nell'idrotorace.

Credo però che accanto a questi studi semeiotici il metodo ch'io propongo possa portare un reale contributo alla diagnostica radiologica in molti casi di malattie della pleura in cui la deficienza di contrasto di ombre disarma il radiologo nel suo difficile compito.

Ai casi cui alludo (tumori, ascessi polmonari corticali, raccolte pleuriche incistate, ecc.) volgerò d'ora in poi la mia attenzione; ben lieto se altri vorrà cimentare questa tecnica in casi contestati.

Genova, 10 aprile 1925.

COMMENTI.

Sulla « aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombelicale ».

Risposta alla nota di P. Bastai.

Come è noto, il Bastai (in *Policlinico*, Sez. med., n. 1, 1925) in un bellissimo lavoro al proposito fra le altre arriva a questa conclusione:

Nei casi di aplasia congenita delle vene sovraepatiche non solo, ma anche in casi di obliterazione totale o parziale delle vene sovraepatiche verificantesi durante la vita intrauterina, si produce necessariamente una stasi che si fa sentire in tutto l'albero portale e in quello della vena ombellicale fino alla placenta; stasi che ostacola il normale processo di obliterazione di questa, e così il sangue portale trova in essa una facile via di deflusso per raggiungere il circolo generale attraverso vie di nuova formazione, che si formerebbero durante il processo di cicatrizzazione del cordone ombellicale, comunicanti colle vene della parete addominale. Costante è in tutti questi casi l'obliterazione del dotto venoso d'Aranzio, fatto del tutto oscuro... ecc.

Nel n. 22 della Sez. prat. del *Policlinico* mi permisi un breve commento al lavoro, commento che è stato onorato di una nota di risposta dal collega Bastai, cui rendo vive grazie, ma che non è riuscito a farmi cambiare parere.

Per non ripetermi non farò che seguire l'A. nell'ultima parte della nota.

« Il S. ritiene che il sangue refluo dovrebbe invece necessariamente venire scaricato attraver-

so il dotto di Aranzio. Che questo canale serva a scaricare durante la vita fetale la più gran parte del sangue arterioso e venoso refluo, mi pare indubitabile ».

Dunque perfettamente d'accordo che nella vita intrauterina in questi casi non vi può essere stasi nella vena ombellicale, data la facilità con cui il deflusso può avvenire attraverso il dotto venoso.

« Ma dopo la nascita, continua il collega, evidentemente questo non avviene più, poichè o attraverso la vena ombellicale rimasta pervia, come lo ritengo per certo, o attraverso le porte accessorie, come vorrebbe il Silvestri, un altro circolo collaterale si forma e dei più ampi ».

A favore della mia tesi, e cioè che nei casi contemplati le porte accessorie possano, anzi debbano svilupparsi adeguatamente in maniera da mitigare non che elidere gli effetti dell'aplasia, della obliterazione delle vene sovraepatiche, mi pare militino:

a) argomenti logistici: se infatti col Bastai ammettiamo che il lobulo epatico si orienti in tali circostanze verso gli spazi portali, che il medesimo letto vascolare valga sia per il carico che per lo scarico del sangue epatico, non sapremmo imaginare come possa stabilirsi una circolazione più o meno adeguata ai bisogni, non solo, ma un circolo nel più lato senso della parola; certo il sangue della vena ombellicale, p. es., dovrebbe prendere in totalità la via facile della cava inferiore attraverso il dotto di Aranzio piuttosto che tentare di superare gli ostacoli che gli presenta il circolo portale, e così dicasi del resto;

b) argomenti di fisiopatologia: le leggi cioè che governano il compenso nelle anomalie di sviluppo, nei disturbi di circolo, non solo nel fegato, ma di qualunque altro territorio dell'economia;

c) argomenti anatomici, anatomopatologici: i quali dimostrano come i sistemi delle porte accessorie si sviluppano presto e anche durante la vita fetale assumono proporzioni adeguate al bisogno, specie il V, e si prestino sia come vasi afferenti che efferenti.

Contro poi la tesi di Bastai parlano anche i fatti seguenti:

1) È tutt'altro che dimostrato, anzi molto inverosimile la neoformazione di vasi in corrispondenza della cicatrice ombellicale, capaci di prestarsi ad un circolo collaterale; ammesso che ve ne fosse bisogno (vedi sopra);

2) La mancanza di una stasi nel territorio della vena ombellicale durante la vita fetale per confessione dello stesso Bastai, e necessariamente anzi a maggior ragione dopo il taglio della vena ombellicale medesima. Infatti l'aumento del sangue da parte dei confluenti della porta dopo la nascita per l'alimentazione, non può certo compensare il *deficit* del soppresso circolo ombellicale.

« Il concetto di Silvestri, è sempre il Bastai che parla, non risolve quindi la difficoltà che si incontra nell'interpretare il dato di fatto per me incontrovertibile, per cui, mentre la vena ombellicale resta pervia, e per mezzo di essa si attua la circolazione collaterale, il dotto venoso d'Aranzio invece va incontro prima o poi alla obliterazione, là dove sarebbe da aspettarsi... il contrario ».

A questo proposito ripeto che invano ho cercato nel lavoro di Bastai quegli elementi che giustificano l'ammissione indiscussa della permanenza della vena ombellicale pervia, per cui fino a prova contraria io sono dell'avviso che nei casi di aplasia delle vene sovraepatiche, ecc., la vena ombellicale subisce il normale processo di involuzione.

Se sarà dimostrato matematicamente che nei casi in discorso si ha realmente pervietà della vena ombellicale mentre il dotto di Aranzio è chiuso, allora vuol dire, almeno a mio avviso, che per lo meno il dotto ha subìta la stessa sorte delle vene sovraepatiche, delle quali ha lo stesso significato embriologico e fisiologico, e cioè alla aplasia delle vene sovraepatiche, ecc., è abbinata quella del dotto stesso.

In queste circostanze, ammesso che possano verificarsi, il sangue arterioso della vena ombellicale, che non può affluire nella cava inferiore per la chiusura del canale di Aranzio, si fa strada attraverso le collaterali della vena ombellicale, che il prof. Tarozzi ha messo in rilievo intanto nella sua parte iniziale intraddominale, collaterali che si diramano nelle pareti addominali e che potrebbero quindi servire insieme alla vena ombellicale come una via collaterale al circolo portale in caso di bisogno.

Ma perchè si abbia uno sviluppo normale del fegato o per lo meno tale da essere compatibile colla vita (vedi anche casi di Bastai), è indispensabile che i sistemi portali accessori si sviluppino adeguatamente; quindi, salvo nuove complicazioni che forse minerebbero l'esistenza, alla nascita bastano a compensare le anomalie accennate, per cui la vena ombellicale dovrebbe obliterarsi.

Et de hoc satis.

Modena, 7 luglio 1925.

Prof. T. SILVESTRI
già aiuto nell'Istituto di Patologia Speciale Medica della R. Università.

Replica.

Non so comprendere come il prof. Silvestri possa avermi frainteso al punto da ritenere che io sia d'accordo con lui nell'ammettere che nella

vita intrauterina, nei casi in discussione, non esiste stasi nella vena ombelicale, mentre io ho scritto esattamente il contrario, facendo anzi di questo fatto il punto centrale della mia tesi. Contro di questa non contrasta il fatto che il sangue refluo dal fegato trova una via naturale di deflusso attraverso il dotto di Aranzio, poichè il compenso circolatorio, che per tal modo si effettua, risulta naturalmente relativo, come ogni altro circolo di compenso in qualsiasi evenienza, e lascia quindi dietro di sè un ristagno più o meno sensibile a seconda della maggiore o minore facilità e ampiezza delle vie compensatorie. Ammettiamo pure che nel nostro caso questa sia molto lieve, data l'ampiezza del dotto di Aranzio, per quanto non si debba dimenticare che anche la massa di sangue deviata deve risultare grandissima, specie nell'ultimo periodo della vita fetale, quando proprio il dotto di Aranzio è in via di involuzione. Il prof. Silvestri osserva ancora che dopo la nascita il sangue che giunge al fegato viene improvvisamente a diminuire, e quindi molto più facilmente il sangue refluo potrà farsi strada attraverso il dotto di Aranzio. Così infatti dovrebbe essere. Se non che il dotto invece si occlude, e intorno a questo fatto appunto stiamo discutendo. Così che il ristagno persisterà e magari si aggraverà. E da che causa dovrebbe derivare, se non da una stasi nel campo della porta e necessariamente anche in quello della ombelicale ancora pervia, la formazione del circolo collaterale che si osserva in misura così cospicua in questi casi, e ciò indipendentemente dal fatto della persistenza o meno della vena ombelicale?

Il S. prospetta ancora la possibilità che alla aplasia delle vene sovraepatiche possa andare associata la aplasia del dotto d'Aranzio. Ma poichè manca, per quanto io so, ogni osservazione al riguardo, non credo sia il caso di indugiarci su questo argomento, molto più che anche al S. questa evenienza sembra apparire molto lontana dalla verisimiglianza.

Piuttosto desidero, prima di chiudere questa controversia che non sarà stata del tutto inutile, anche se non ha portato all'accordo tra i pareri, se avrà richiamato l'attenzione degli studiosi su queste interessanti anomalie e avrà posto in chiaro gli elementi oggettivi della discussione, di ribadire il concetto che la nostra discussione non ha toccato la parte essenziale e originale della mia memoria: quella della interdipendenza delle due sindromi morbose, aplasia delle vene sovraepatiche e persistenza della vena ombelicale, finora considerate come due sindromi distinte e tra loro del tutto indipendenti. Qui è stato discusso soltanto un dettaglio, per quanto importante, della complessa materia.

Torino, 4 agosto 1925. P. BASTAI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Virus filtrabili e cancro.

Alle comunicazioni di Gye e Barnard (già riferite dal nostro giornale nel fasc. 31, p. 1087), fatte alla Sezione di Patologia e Batteriologia del 93° Congresso della British Medical Association, sono seguite altre relazioni e la relativa discussione di cui diamo un resoconto sommario traendolo dal British Medical Journal (1-15 agosto 1925).

H. Gordon ha riferito specialmente sulla filtrabilità dei virus del vaccino e del vaiuolo, che passano benissimo attraverso le Berkefeld. La presenza e l'abbondanza di questo virus possono venir misurate entro certi limiti con le prove quantitative di virulenza e con i metodi sierologici quantitativi (fissazione del complemento e agglutinazione col siero antivaccinico). Si può produrre anche l'immunità attiva col virus attenuato od ucciso, purchè in dose sufficiente, e così pure è possibile un certo grado di immunità passiva.

Mc Cartney mette in evidenza le gravi difficoltà tecniche che si incontrano nel lavorare con i virus filtrabili e la possibilità di errori. Anche le colture lasciano spesso nell'indecisione. L'intorbidamento che si ottiene con i mezzi di Smith-Noguchi può anche osservarsi in tubi sterili e dipende più che altro dal liquido ascitico usato.

Nelle colture poi si osservano dopo un certo tempo dei minuti corpuscoli rotondi a contorno netto. Anche Foster trovò analoghe formazioni nelle colture provenienti dal filtrato della secrezione del raffreddore. Ora, questi corpi, del tutto simili ai « corpi globoidi » di Gye e Barnard, si trovano anche nei tubi inoculati e ciò toglie loro qualsiasi valore ed ogni significato. Gordon, del resto, afferma che corpi simili sono stati da lui veduti come flocculi separati per l'azione delle precipitine. Anche nell'agglutinazione del virus del vaccino e del vaiuolo si ottengono dei flocculi che, all'osservazione in campo scuro, risultano composti di corpi sferoidali del tutto simili a quelli di Barnard.

Anche la filtrazione non è quel fenomeno semplice che a primo acchito può sembrare. Più che dipendente dalle dimensioni dei pori della candela, essa è un problema di chimica colloidale in cui la concentrazione degli idrogenioni può essere un fattore importante. La natura del filtrato, poi, dipende da parecchi fattori e particolarmente dall'adsorbimento; è un fatto che la candela di recente cotta può sottrarre al liquido filtrante le sostanze coloranti e le tossine, ma la stessa proprietà la dimostra anche la candela macinata in

polvere fina, quando cioè il passaggio attraverso ai pori non è più in questione.

Del resto, quando si ponga mente al fatto che le stesse spirochete passano attraverso la Chamberland L3, si comprende che la condizione di filtrabilità non implica che si tratti di virus filtrabile. Quest'ultima denominazione non risponde oggi più alla realtà dei fatti, ma si continua ad adottarla come termine convenzionale in mancanza di meglio.

S. A. Arkwright chiese se siano stati fatti i controlli, e senza mettere in dubbio l'esattezza delle osservazioni compiute da Gye, prospettò la possibilità che il presunto «fattore chimico» o «specifico» possa essere di natura vivente, dacchè si danno virus molto resistenti: il virus del vaccino lo è al cloroformio ed all'etere, altri virus lo sono al disseccamento, ecc.

Gye replicò osservando che i controlli non sono mancati e che alcuni fatti depongono per la natura chimica del fattore vivente: per es., dagli estratti cloroformici non si ottengono colture· la diluizione fa svanire l'azione specifica; inoltre la interpretazione dell'A. è più chiara e convincente.

A complemento ed a parziale correzione di quanto venne pubblicato nel fasc. 31, notiamo che Gye ha allestito sottocolture seriali (fino a 10). *fil.*

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Il significato clinico degli studi recenti sui capillari.

(E P. BOAS. *The Boston medical and surgical Journal*, 4 giugno 1925).

È un'espressione paradossale ma non lontana dalla verità che i capillari sono il vero cuore della circolazione. Cuore, arterie e vene hanno più che altro delle funzioni meccaniche, ma è nei capillari che si compiono le funzioni essenziali della circolazione. Il sangue circolante è in complesso il veicolo per mezzo del quale le sostanze necessarie alla vita dei tessuti raggiungono le cellule e per mezzo del quale i prodotti del metabolismo sono asportati dalle cellule e condotti alla loro destinazione. È nei capillari che hanno luogo gli scambi fra i tessuti ed il sangue ed è appunto per le anormalità del deflusso nei capillari che si hanno i sintomi di malattia quando la circolazione è in qualche modo intralciata in qualche parte od in tutto l'organismo. L'insufficienza cardiaca che provoca la congestione passiva nei visceri è importante perchè la stasi del sangue nei capillari contrasta con le attività metaboliche del relativo organo e ne risultano dei sintomi dovuti al cattivo funzionamento dell'organo stesso. La corrente del sangue nei capillari è dunque una misura dell'efficienza della circolazione.

Basta questo fatto per comprendere l'importanza di questo elemento microscopico dell'apparato circolatorio. Ulteriori investigazioni ci dimostrano poi che i capillari non sono dei trasportatori passivi di sangue e nemmeno membrane passive attraverso le quali avviene lo scambio di gas, di materiali nutritivi o di rifiuto, ma che essi partecipano attivamente alla circolazione insieme con il cuore ed i vasi. Anche nella struttura istologica, il capillare non può più essere considerato come un semplice tubo endoteliale; qua e là, sparse fra gli elementi endoteliali si trovano delle cellule di forma irregolare aderenti alla parete esterna che mandano dei prolungamenti simili a pseudopodii che abbracciano il capillare stesso. Recenti ricerche hanno dimostrato che tali cellule dette di Rouget posseggono il potere di contrazione e che i cambiamenti di forma che in esse si osservano corrispondono a cambiamenti nel calibro del capillare. Attorno a questo si trova poi una rete di fine fibrille nervose.

La prima osservazione sulla contrattilità dei capillari venne fatta circa 60 anni or sono da Stricker, nella membrana nittitante della rana e ricevette poi conferme da Steinach, da Hooker e recentemente da Severini che osservò contrazione dei capillari in sèguito ad esposizione all'ossigeno e dilatazione per l'esposizione all'acido carbonico. Oltre ai gas, anche i medicamenti agiscono sui capillari; l'istamina produce una notevole dilatazione, come pure la nitroglicerina; l'epinefrina e la pituitrina provocano invece contrazione.

È dunque ormai dimostrato che i capillari posseggono il potere di contrarsi e dilatarsi attivamente e che essi possono determinare il defluire del sangue indipendentemente dalle arteriole. In sèguito all'azione diretta dei prodotti del metabolismo, essi rispondono ai bisogni locali dei tessuti e sono sotto il controllo del sistema nervoso e sotto l'influenza delle ghiandole endocrine.

Ma queste sono soltanto reazioni locali. Rimane da vedere se e quale effetto abbiano le variazioni nel tono dei capillari sulla circolazione generale. Le esperienze di Krogh sono dimostrative a tale riguardo, comprovando con l'osservazione diretta che il numero dei capillari pervii in un dato momento, in un dato organo dipende essenzialmente dalla sua attività funzionale. In un muscolo di rana stimolato, si possono dimostrare 195 capillari per mmq. mentre non ve ne sono che 5 nel corrispondente muscolo non stimolato; nel diaframma che lavora intensamente fino alla morte

dell'animale si possono mettere in evidenza 2500 capillari per mmq. Si può quindi ritenere che in un dato momento nell'organismo normale solo una piccola parte dei capillari sia riempita di sangue e funzionante; gli altri sono inattivi e contratti ma possono da un momento all'altro essere posti in attività. Essi rappresentano quindi un immenso serbatoio di sangue e si comprende come la chiusura di una parte e l'apertura di un'altra possa spostare la massa sanguigna. L'improvvisa immissione di una notevole quantità di sangue, quale avviene nella trasfusione, riesce innocua appunto per la capacità delle riserve capillari.

Viceversa, si comprende come un profondo disturbo nel tono e nella funzione di tutto il sistema capillare possa riflettersi in un disordine generale della circolazione. La più drammatica dimostrazione di questo fatto si trova nella condizione nota sotto il nome di « shock », in cui Dale e Cannon hanno dimostrato che si ha una dilatazione paralitica dei capillari. In conseguenza di questa, il sangue si accumula nei capillari ed il paziente, per così dire, perde il sangue nei suoi capillari, sicchè ne rimane nel cuore e nelle arterie una quantità insufficiente per poter mantenere la circolazione. Hooker ha dimostrato fotograficamente la dilatazione dei capillari conseguente allo « shock » da istamina ed altri autori l'hanno osservata clinicamente in pazienti affetti da « shock ». La paralisi capillare indotta dalla tossiemia è responsabile dell'insufficienza circolatoria che accompagna molte malattie infettive, quali la pneumonite e la peritonite, in cui non sono in causa ne il cuore, nè le arteriole.

Non è improbabile del resto che i lievi disturbi circolatori che persistono talvolta per dei mesi dopo le malattie infettive acute siano in relazione con disordini della funzione capillare. In questi pazienti si osservano, di fatto palpitazioni, dolore precordiale, dispnea da esercizio, polso frequente e varie manifestazioni vasomotorie alle estremità. Troppo spesso si attribuiscono tali disturbi alla miocardite, mentre è dimostrato che raramente il miocardio è affetto in tali malattie. Si tratta invece probabilmente di lesioni dirette od indirette dei minuti vasellini capillari che mettono capo ad una vera atassia vasomotrice la quale ha la sua sede nell'alterato tono capillare. È altresì probabile che certi stati costituzionali associati con profondi disturbi vasomotorii, quali si sono veduti specialmente durante la guerra e sono stati chiamati astenia neurocircolatoria, siano dipendenti od associati con alterate condizioni dei capillari.

Più difficile è la prova di disturbi provenienti da anormale costrizione dei capillari, che aumenta le resistenze della circolazione e crea così condizioni dinamiche anormali nel circolo. Vi sono però dei fatti che tendono a tale dimostrazione, come, p. es., l'aumento di pressione che si osserva nei capillari in certe condizioni.

L'ESAME DEI CAPILLARI.

Lo studio dei capillari nell'uomo vivente si fa applicando sulla cute una goccia di olio di ricino ed osservando col microscopio, con una forte illuminazione laterale ed un ingrandimento di 50-80 diametri. I capillari cutanei derivano dal plesso arterioso sottopapillare che si trova subito al disotto della cute e sale sulle papille in direzione verticale alla superficie. Col metodo descritto si vede quindi soltanto l'aspetto tangenziale della sommità delle anse capillari, e quindi non è possibile farsi un'idea della morfologia dei capillari e della corrente sanguigna. A tale scopo si osserva la cute che si trova alla base dell'unghia, dove le papille sono in piano e quindi le anse capillari assumono una posizione parallela alla cute e sono visibili in tutta la loro lunghezza. Quivi è possibile anche misurare la pressione sanguigna nei capillari.

Proprio in prossimità della cuticola si vede una serie di anse fatte come piccoli pettini; dietro a questa si trova un'altra serie di vasi più corti, che si fanno sempre più corti nelle serie successive in cui hanno l'aspetto di virgole. Si deve però essere circospetti per trarre delle conclusioni generali dalla semplice osservazione, in quanto che le condizioni in cui si trova la cute alla base dell'unghia possono influire sulla morfologia dei capillari stessi. Inoltre i capillari che così si osservano non sono che una piccolissima parte di quelli dell'organismo e non è sicuro che vi sia una necessaria correlazione fra le anormalità degli uni e quella degli altri.

Nei capillari, come nelle arterie, i cambiamenti di struttura si manifestano di solito con l'allungamento e la tortuosità del vaso, sicchè anche il capillare alterato appare allungato e convoluto. Questo fatto può spiegarsi con disturbi della innervazione che provocano la perdita del tono.

LE CONDIZIONI DEI CAPILLARI NELLE DIVERSE MALATTIE.

La condizione più interessante in cui si notano alterazioni di forma dei capillari è la *diatesi vasoneurotica* di O. Müller. Si tratta di pazienti che dalla nascita e per ereditarietà sono incapaci di sforzi nella vita. Sono generalmente di abito astenico e si lamentano di varii sintomi che possono ascriversi ad alternative di spasticità e di atonia nella loro muscolatura liscia. Possono soffrire di dispepsia o di sintomi caratteristici dell'astenia neurocircolatoria; le donne si lamentano di dismenorrea, vi può essere psicastenia o neurastenia.

La loro condizione può essere descritta come debolezza irritabile. Müller classifica nella stessa categoria tutti i disturbi che vanno dalla semplice acrocianosi alla eritromelalgia ed al morbo di Raynaud. In questi individui, i capillari cutanei si mostrano numerosi ed allungati; il ramo arterioso è stretto, la porzione venosa è stretta e convoluta. Si possono vedere anastomosi fra i vasi adiacenti ed anche dei plessi sottopapillari che danno l'impressione di una rete bizzarra e complicata. I capillari delle altre parti del corpo sono più numerosi e più lunghi che di consueto. È probabile che i molteplici sintomi di tale malattia, che si attribuiscono generalmente a cause funzionali, siano invece dovuti a perdita del tono capillare e delle relative funzioni di questi vasi.

Nell'acrocianosi l'A. ha avuto occasione di osservare che in parecchi casi l'aspetto dei capillari corrisponde a quello sopra descritto e che la corrente sanguigna è in essi assai lenta ed in qualche momento del tutto arrestata. Dopo l'immersione in acqua calda la corrente ridiventa rapida ed i capillari si fanno ripieni di sangue.

Si può a ragione ritenere che le modificazioni morfologiche e funzionali nei pazienti con disturbi vasomotorii siano da riferirsi a disturbi dell'innervazione, che alla loro volta dipendono forse da malfunzione delle ghiandole endocrine.

Nel morbo di Raynaud i capillari appaiono deformati e contorti, con forme giganti. Parecchi autori hanno descritto degli spasmi capillari e delle stenosi che avvengono nei periodi di ischemia; sta il fatto che negli attacchi gravi il sangue è del tutto stagnante ed azzurrognolo. Anche nell'eritromelalgia e nello scleroderma si vedono delle forme capillari bizzarre. Il disordine locale più saliente che si riflette in una pittoresca e complicata architettura capillare è la formazione delle dita a clava, quale si vede specialmente nelle malattie cardiache congenite. Anche nella semplice policitemia di Vaquez si ha un maggiore riempimento ed una maggiore sinuosità dei capillari. Sembra inoltre che disturbi di tal genere dei capillari costituiscano una predisposizione per la formazione dell'ulcera gastrica.

Nei pazienti con ipertensione i capillari sono di solito lunghi e sottili e se esiste un certo grado di arteriosclerosi, tendono a diventare convoluti e ad assumere la figura di una cifra otto o di un battipanni. Tali reperti però non sono costanti.

La capillaroscopia ha fatto conoscere l'origine di molti fenomeni che dapprima rimanevano inesplicati. Così le chiazze bluastre e bianche che si osservano talora sulla cute dei giovani, sono dovute al vario grado di riempimento dei capillari. La linea bianca che si osserva sulla cute dopo un leggero strisciamento della pelle è dovuta alla contrazione dei capillari, mentre quella rossa che si vede dopo uno strisciamento più energico è dovuta alla loro dilatazione. I pomfi di orticaria sono causati da una abnorme dilatazione dei capillari accompagnata da edema; nell'orticaria factizia, è probabile che le cellule di Rouget siano molto sensibili agli stimoli meccanici. L'esposizione ai raggi solari ed alla lampada di quarzo o ai raggi X provoca rossore della pelle con dilatazione e riempimento dei capillari; la reazione microscopica si osserva 6-7 giorni prima che si veda macroscopicamente l'eritema e, nella diatesi vasoneurotica si ha con minime quantità di raggi. Questa prova può essere usata per assodare la suscettibilità degli individui ai raggi X.

LA PRESSIONE DEL SANGUE NEI CAPILLARI.

Per mezzo del tonometro microcapillare, si può misurare la pressione del sangue nei capillari, pressione che nel normale raramente eccede i 30 mm. di mercurio ed è di solito sui 20-25. La costrizione arteriosa diminuisce la pressione capillare che è invece aumentata dalla dilatazione delle arterie. Nei pazienti con acrocianosi la pressione è bassa, non più di 2-15 mm. La pressione capillare è indipendente da quella arteriosa e da quella venosa, ciò che dimostra l'indipendenza funzionale dei capillari e conferma le vedute di Mackenzie secondo cui la stasi periferica non è dovuta a pressione di ritorno ma invece alla diminuzione della forza propulsiva del ventricolo sinistro. Ne risulta un rallentamento della corrente sanguigna, specialmente nei vasi periferici, una insufficiente saturazione di ossigeno seguita da dilatazione dei capillari; le pareti di questi diventano più permeabili e, ad un certo stadio, si ha l'edema.

L'A. ha studiato la pressione capillare in 45 pazienti con ipertensione ed ha osservato che, mentre in 28 si avevano pressioni normali o basse, in 17 si avevano alte pressioni, da 30 a 90 mm. Questi ultimi però non avevano caratteri clinici che li differenziassero dai primi e nemmeno all'autopsia di quattro fra di essi si riscontrarono particolari lesioni. I reperti ottenuti dall'A. non possono quindi confermare le vedute dello svedese Kylin, secondo cui vi sono due tipi di ipertensione; quella nefrosclerotica che è arteriosa e quella glomerulonefritica che è capillare. Nella prima la pressione arteriosa misurata al braccio è molto più labile che nella seconda. Ora l'ipertensione non sarebbe il risultato della malattia renale, ma piuttosto la glomerulonefrite sarebbe la manifestazione di una lesione capillare diffusa provocata dalle tossine di alcune malattie infettive. La mancanza della glomerulonefrite nei casi dell'A. starebbe contro tale teoria.

La pressione capillare elevata avrebbe invece un valore prognostico, in quanto che, dei 17 individui con pressione elevata, 8 morirono nel periodo di 15 mesi, mentre degli altri 28 ne morirono soltanto 5.

Il meccanismo della bassa pressione capillare si spiega agevolmente. La costrizione di un qualsiasi vaso sanguigno sarà seguita da un aumento di pressione verso il centro e da una diminuzione verso la periferia. Nell'ipertensione dovuta alla contrazione od alla diminuzione del lume delle arteriole, la pressione capillare sarà bassa. Non si comprende quindi come una malattia degli stessi capillari porti ad un elevamento di pressione in essi, specialmente se si tiene presente che l'arteriosclerosi per se stessa non porta un elevamento della pressione arteriosa. Si comprende che una lesione dell'ansa venosa dei capillari possa innalzare la pressione nell'ansa arteriosa oppure che un irrigidimento del tubo endoteliale dovuto a malattia possa aumentare la pressione necessaria per moderare la corrente sanguigna nei capillari.

Da questi brevi cenni sulla funzione dei capillari, si comprende che noi siamo ora appena all'inizio delle nostre conoscenze sull'anatomia patologica e sulla fisiologia dei capillari. Ma quello che oggi conosciamo ci fa assegnare ad essi una parte importante nella genesi dei disturbi circolatorii e ci sprona ad ulteriori studi in questo campo interessante.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Fatti anatomici in relazione col trattamento chirurgico dell'angina pectoris.

(DANIÉLOPOLU, GOLICIN e MARCU. *Soc. Roumaine de biologie*, 4-19 febbraio 1925).

Da dissezioni anatomiche fatte su cani, gatti, conigli e nell'uomo risulta che l'innervazione cardio-aortica è variabile specialmente nell'uomo dove non si trova una disposizione identica tra due cadaveri ed anche tra la parte destra e sinistra. Da ciò si può desumere che negli anginosi non si può parlare di un intervento chirurgico identico.

Nell'uomo esistono 10 rami comunicanti per il simpatico cervicale e 6 per il primo ganglio toracico con i nervi vertebrali.

Esistono ancora numerose anastomosi tra il simpatico e il vago. In 2 su 7 dissezioni hanno trovato un nervo che corrisponde al n. depressore del cuore del coniglio situato nell'angolo formato dal laringeo superiore col vago. Tale nervo descrive come il ricorrente un'ansa intorno all'aorta e poi si unisce alla porzione ascendente del ricorrente. Altri due filetti provengono dal ganglio simpatico cervicale superiore e si uniscono al ricorrente.

Daniélopolu ha sostenuto in precedenti comunicazioni che nell'angina non si devono sezionare i nervi acceleratori del cuore. Questi, secondo Frank, passerebbero per il 1° e 2° paio dorsale, secondo Bradford per il 2° e 3°, per Albertoni per il 3°, 4° e 5°. Nei cani mediante sezione ed eccitazione dei rami nervosi e con cardiogramma hanno potuto stabilire che i rami acceleratori passano per i rami comunicanti tra il 1° toracico e la 2a, 3a e 4a radice dorsale. Praticamente risulta che essendo questi rami molto profondi, è difficile poterli interrompere, mentre riesce facile interrompere le comunicanti tra il 1° toracico e le ultime radici cervicali.

Ordinariamente l'irradiazione dolorosa dell'angina si ha verso il dorso, il petto, la faccia interna del braccio e si trasmette per mezzo delle fibre sensitive che passano a traverso il ganglio stellato, l'8a radice cervicale e le 4 prime dorsali; qualche volta si hanno irradiazioni sulla spalla, la parte laterale del collo e la faccia esterna del braccio per cui si devono ammettere delle comunicazioni tra il cordone cervicale ed il nervo vertebrale a traverso la 4a, 5a, 6a e 7a radice cervicale; altre volte il dolore s'irradia alla nuca per mezzo delle comunicanti tra 1° ganglio cervicale superiore e 2a e 3a radice cervicale. Da ciò si vede l'importanza del simpatico cervicale delle sue anastomosi e dei rami comunicanti nella trasmissione dell'eccitazione sensitiva cardio-aortica.

Hanno già sostenuto in lavori antecedenti che il migliore trattamento chirurgico nell'angina pectoris è quello che sopprime il maggior numero di filetti sensitivi cardio-aortici senza toccare gli acceleratori del cuore. Ora dallo studio fatto possono consigliare: la resezione del cordone simpatico cervicale, escluso il ganglio cervicale inferiore, completata dalla sezione dei filetti del vago cervicale che entrano nel torace, del nervo vertebrale e dei rami comunicanti che uniscono il ganglio cervicale inferiore e 1° toracico con la 6a, 7a e 8a radice cervicale e con la 1a dorsale.

Occorre anche sezionare se si trova il filetto che si stacca dall'angolo del laringeo superiore.

L'operazione dovrebbe essere eseguita dapprima a sinistra e nel bisogno essere completata a destra.

Non consigliano la resezione cervico-toracica, secondo Jonnesco, perchè in tal modo si vengono a sezionare i filetti acceleratori del cuore a cui si devono i casi seguiti da morte.

Mackenzie è contrario all'intervento chirurgico perchè esso non sopprimerebbe che il dolore; ma siccome l'accesso anginoso avviene per un insieme di riflessi fra cuore e nevrasse intercettando

la via di conduzione, l'accesso non si verifica. La dissezione praticata sul cadavere ha dimostrato loro che l'operazione che propongono è facile ad eseguirsi. BRANCATI.

Simpatectomia cervico-toracica nell'angina pectoris.

(ARCE. *Bol. d. Instituto di Clinica Quirúrgica*, Buenos Ayres, 1925).

Dopo che Ionnesco nel 1916 praticò la prima asportazione del simpatico cervico-toracico nell'angina di petto, la cura chirurgica di questa malattia non ha fatto un lungo cammino, mentre si sa che tutti i trattamenti, compreso l'antiluetico, non hanno effetto o solo benefizio passeggiero.

La preparazione del cordone nervoso e dei gangli non è difficile, solo occorre una certa prudenza nell'isolamento del ganglio cervicale inferiore e primo toracico e l'operazione si pratica con l'anestesia regionale e locale.

I risultati devono distinguersi negli individui affetti da semplice angina di petto e in quelli con concomitanti alterazioni cardiache più o meno gravi: nei primi, sopprimendo la simpatectomia il dolore, il sintoma più molesto, i risultati sono eccellenti, negli altri si può avere un esito fatale.

Nella patogenesi del dolore interviene certamente il plesso cardiaco che raccogliendo una irritazione nelle pareti del ventricolo o nel bulbo dell'aorta la trasmette per mezzo delle fibre simpatiche centripete ai centri midollari dai quali ritorna in forma di eccitazione motrice centrifuga fino al medesimo plesso, passando per il ganglio stellato risultante dalla fusione del ganglio cervicale inferiore col primo toracico. Così che estirpando il ganglio stellato si interrompe il riflesso cardiaco dovuto al simpatico ed alle fibre sensitive con cui si anastomizza nelle radici spinali.

Ha operato 3 casi nei quali, pur essendo ancora trascorso poco tempo, ha avuto risultati immediati eccellenti. I malati vengono preparati con tre iniezioni di sedol e con blocco del plesso cervicale con novocaina a livello delle apofisi trasverse, e infiltrazione della pelle lungo il bordo posteriore dello sterno cleido-mastoideo. Incisione rettilinea su questo margine, scopertura del plesso carotideo e spostamento in avanti e in dentro di esso; dissezione nel fondo della ferita al davanti dei muscoli prevertebrali, del cordone simpatico, recisione di esso in alto alla base del cranio, preparazione in basso con legatura della tiroidea inferiore fino al ganglio stellato, badando all'arteria e vena vertebrale e alla intercostale superiore. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ALBERTO CIOTOLA. *Metastasi neoplastiche*. Prefazione del prof. G. PEREZ. 1 vol. in-8° di 344 pag. con 23 figure in nero e 2 tavole fuori testo. Tipografia Pallotta. Roma, 1925.

Nel vasto capitolo dell'oncologia la parte riguardante la questione delle metastasi è una delle più importanti. E la sua importanza è ugualmente grande tanto per quanto si riferisce alla clinica dei tumori maligni tanto per quello che riguarda la biologia di questi neoplasmi.

La presenza di metastasi è sufficiente di per sè a far porre la diagnosi di tumore maligno; e la loro sede, volume, varietà sono elementi di capitale importanza nel discutere l'operabilità, e nello stabilire la tecnica di una eventuale operazione diretta a rimuovere radicalmente un tumore maligno.

Il numero di problemi biologici, tutti ancora insoluti, ai quali si trova messo di fronte lo studioso che si accinge all'indagine in questo campo dell'oncologia, è si può dire pari a quello delle varietà dei tumori. Ognuna di esse infatti presenta per quello che riguarda le metastasi una fisionomia speciale. In alcune l'insorgenza è precocissima. In altre molto tardiva. Nei tumori epiteliali le metastasi si scaglionano progressivamente lungo le vie e le stazioni linfatiche; nei connettivali invece penetrano nel circolo sanguigno e si diffondono a distanza. Ma anche questa legge ha da una parte e dall'altra le sue eccezioni e così vediamo alcune specie di tumori epiteliali che danno precocissimamente metastasi nello scheletro che assumono una importanza clinica di molto superiore a quella del tumore primitivo.

Nè bisogna dimenticare due questioni di massimo interesse: la possibilità di una lunga vita latente di queste cellule cancerigne libere in un organo diverso da quello che le generò e la possibilità che hanno di riprodurre in un organo diverso un tessuto o strutture organiche con tali caratteristiche da renderne in generale facile l'identificazione.

Il Ciotola ha impostato con ordine tutti questi problemi. E non è piccolo merito. Chè la vastità della materia, la gran massa di fatti acquisiti rendono questo lavoro difficile, faticoso e per tanto degno di encomio.

Alcuni dei problemi di indole biologico ha tentato anche di risolvere. E in base allo studio di parecchie centinaia di autopsie di morti per tumori maligni raccolte nell'Istituto di Anatomia patologica di Roma e in base a esperienze personali coi tumori sperimentali del topo giunge

a conclusioni che gli permettono di trovare una spiegazione in base a fatti anatomici sicuri e a quelle leggi biologiche generali di difesa secondo le quali agisce l'organismo di fronte a stimoli patogeni. Anzichè ricorrere alla formulazione di nuove teorie è meglio, come scrive nella prefazione del libro il prof. Perez: « procedere « dal noto all'ignoto per risolvere tal questione, « tanto più se si pensa che l'organismo risponde « ugualmente a diversi stimoli ».

Utile ci pare perciò il libro del Ciotola tanto per chi voglia inquadrarsi con chiarezza nella mente un così intricato problema tanto per chi già a giorno di tutti i lati della questione si interessi di conoscere i fatti nuovi acquisiti.

MANFREDO ASCOLI.

JAMES e WILHELM ISRAEL. *Chirurgie der Niere und des Harnleiters*. Thieme, Lipsia, pag. XVI-584, fig. 235, in parte a colori.

Segnaliamo in modo particolare il libro dell'Israel che non viene ad aggiungersi semplicemente agli altri già numerosi della materia, usciti in brevissimo tempo, ma che riesce ad assumere una fisionomia tutta propria, un valore eccezionale. Limitato alle affezioni chirurgiche del rene e degli ureteri rappresenta il frutto della esperienza personale di un chirurgo di fama universale. Difatti tutto il materiale sebbene diviso schematicamente e quindi nel modo migliore dal punto di vista didattico è sempre vigilato dalla sanzione della realtà dedotta dalle vaste statistiche di una sola persona. Ed è appunto questo che ne costituisce la peculiare caratteristica. Sarebbe inutile elencare i singoli capitoli del manuale: chiunque avesse bisogno di avere rapido orientamento su una qualsiasi affezione chirurgica del rene e dell'uretere può attingervi ogni nozione in proposito. Manca volutamente la parte riguardante i metodi operatori ma sono riportati meglio che in tante speciali monografie le statistiche a distanza dei vari interventi nelle diverse malattie. Nella bibliografia sono ricordati autori di ogni paese, italiani compresi, del che bisogna rallegrarsi poichè troppo spesso gli stranieri pare abbiano dimenticato come anche da noi si produce e si produce bene.

E. M.

LICHTWITZ. *Die Praxis der Nierenkrankheiten*. 2ª edizione, 1924. Editore Julius Springer, Berlino.

Lo scopo prefissosi dal Lichtwitz nello scrivere un trattato sulle malattie del rene era di comporre un libro che pure essendo scolastico e riferisse perciò con critica obiettiva tutte le vedute e le teorie formulate sulla fisiopatologia del rene, conservasse sempre un carattere di personalità derivante dalla vasta esperienza dell'A. nel campo delle nefropatie. Il libro incontrò in Germania il favore del pubblico medico tanto che a tre anni di distanza l'Editore ne pubblica una seconda edizione. In questa molte questioni sono aggiornate con le ricerche più moderne così per esempio sono completamente rinnovati i capitoli sulla formazione degli edemi e sulla iperpiesi.

Il libro presenta il vantaggio di permettere, dallo studio di non molte pagine, di formarsi un concetto delle condizioni attuali della questione delle malattie renali, non in base a vedute troppo unilaterali e personali, ma a un giudizio sintetico avente sempre di mira uno scopo pratico.

M. A.

R. LE FUR. *L'urologie en clientèle*. Dalla Collana « Comment guérir ». A. Maloine et fils. Paris 1925, p. 580, fig. 500. Franchi 30.

Secondo la definizione dello stesso autore, il libro si indirizza contemporaneamente allo studente che termina i suoi studi, al medico pratico che desidera familiarizzarsi un poco con l'urologia corrente, allo specialista che vuol conoscere e praticare la tecnica di qualsiasi urologia non chirurgica. L'opera si compone di 2 parti e ripete per iscritto quello che è l'insegnamento scolastico dell'Autore. Comprende in una prima parte la descrizione degli istrumenti della urologia corrente e del materiale necessario sia per la diagnosi che per la cura degli urinari, nella seconda tratta della tecnica urologica propriamente detta, tecnica di esplorazione dapprima atta a stabilire una esatta diagnosi e terapeutica poi, necessaria per una cura appropriata. Tre capitoli speciali ed interessantissimi chiudono il libro, e riguardano la vaccinoterapia e la sieroterapia in urologia con speciale riguardo alla blenorragia, la anestesia degli urinari e la cura di alcune forme di impotenza genitale con la cura locale del veromontanum.

E. M.

LEVEUF, GIRAUDE, MORNARD, MONADI. *Traitement des fractures et luxations des membres*. Masson, ed., Paris, 1925. Fr. 25.

È un libro di 466 pagine, conciso nel testo, ma ricco di illustrazioni che facilitano la comprensione dei dettagli di tecnica, talora ardui a capirsi con la sola lettura.

Questo volume ha il grande vantaggio di essere stato scritto da Autori, i quali hanno insegnato in una serie di corsi pratici sulle fratture e le

lussazioni, il che ha loro permesso di rendersi conto degli errori commessi dai medici che applicano gli apparecchi per la prima volta e di dare perciò, il consiglio adatto a che il lettore possa subito evitarli.

Il volume è diviso in tre parti: la prima tratta delle « cure ortopediche delle fratture ». Per ciascun caso è indicata la cura d'urgenza e quella definitiva: indicazioni terapeutiche, materiale necessario, confezione dell'apparecchio, cure consecutive, durata della cura, risultati.

La seconda è dedicata alle « lussazioni » seguendo lo stesso metodo di esposizione, la terza è consacrata alla « cura cruenta delle fratture » entrata ora nella pratica corrente di qualsiasi chirurgo; in un primo capitolo sono contenute le generalità: strumenti, varî metodi, tecniche; poi gli AA. trattano secondo le diverse regioni con l'aiuto di figure, delle indicazioni operatorie, vie di accesso, riduzione, osteosintesi, cure consecutive.

L'opera si chiude con uno studio sulle fratture esposte.

G. MATRONOLA.

E. KISCH. *Diagnostik und Therapie der Knochen und Gelenktubercolose.* II ed., p. 296, tav. 6, fig. 367. Marchi oro 20 (circa L. 130). Lipsia, Vogel 1925.

Presentato da una prefazione del Maestro, del prof. Bier, il libro del Kisch, convinto seguace della elioterapia, della iperemia da stasi, ha lo scopo di dimostrare: 1° come riducendo ad un minimo l'immobilizzazione, la tbc. cosidetta chirurgica sia suscettibile di una guarigione relativamente rapida se sottoposta ad una cura conservativa; 2° come tale cura che si addimostra così giovevole sia possibile non solo in montagna e nei luoghi specializzati di cura ma anche in luoghi ove la tubercolosi è sorta; 3° che gli interventi demolitori vadano ristretti ad una cerchia ristrettissima di casi.

In qualche caso dell'Autore tra i numerosi e bene studiati si ebbe perfino il riassorbimento del sequestro. Tali osservazioni riunite all'ottimo risultato funzionale di molti altri parrebbe dare ragione alla tesi — che a prima vista potrebbe sembrare eccessivamente unilaterale — dell'Autore.

E. M.

G. POTEL. *Traité pratique d'Orthopédie.* Un volume di 723 pagine, edito a Parigi da Doin. Prezzo 80 fr.

L'Autore studia le deformità dell'apparato motore, dandone una buona classificazione patogenetica, con criteri in parte nuovi, specie per le deformità congenite.

L'opera ha una notevole importanza per il pratico, che può trovare in essa esposto con chiarezza ed illustrato ampiamente con belle figure tutto il vasto capitolo dell'ortopedia.

CRAINZ

E. CLASEN. *Varicen Ulcus cruris und ihre Behandlung.* P. 138. Urban e Schwarzenberg, Berlin. Marchi oro 3.50.

Il vecchio adagio « habent sua fata libelli », non sembra « sit venia verbo » adattarsi al modesto manuale di Clasen sulla cura delle varici e delle ulcere varicose. La ragione più verosimile di una diffusione tale da rendere necessaria una ristampa riveduta e corretta a distanza di un anno deve consistere nella chiarezza del testo, nella praticità dei consigli e nella esposizione di una vasta esperienza in un tema che sebbene importante non viene trattato per esteso dai manuali e dai trattati correntemente per le mani di tutti. È questa l'impressione in realtà che si riceve leggendo il libretto che serve egregiamente a togliere d'imbarazzo chiunque abbia a curare una affezione tanto ribelle e così ostinata come sono le varici e le ulcere varicose specie in pazienti poco ottemperanti o per carattere o per necessità ai consigli del medico.

E. M.

P. GUIBAL. *Traitement chirurgical de la Dilatation bronchique.* Masson et C.ie, Paris, 1924. Fr. 10.

Rimaste sino ad epoca recente di puro dominio medico, le dilatazioni bronchiali croniche, ribelli ad ogni trattamento medicamentoso, sono state oggetto di tentativi di cura chirurgica cui hanno seguìto risultati incoraggianti.

D'altra parte i vari interventi chirurgici applicati nel torace nella cura della tubercolosi polmonare indicavano metodi e risultati non privi di alto interesse e tali da suggerire una più estesa applicazione dei metodi stessi.

L'A. dopo avere esposto brevemente i risultati dell'osservazione clinica nelle varie forme di dilatazione bronchiale, espone succintamente i vari metodi operatori impiegati soffermandosi sulla tecnica e sulle indicazioni particolari di ognuno di essi.

Questo breve compendio, dedicato particolarmente ai chirurgi, non è privo di interesse e di utilità anche per i medici, specie ora che la moderna chirurgia toracica ha aperto nuove vie alla cura di malattie polmonari ribelli a qualsiasi trattamento medico.

TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 12 giugno 1925.

Presidenza: Prof. U. Baccarani.

Sovra l'azione della vitamina B sul ricambio del calcio.

U. Baccarani. — L'O. riferisce, indugiandosi nei particolari e sulla tecnica delle esperienze, intorno alle sue ricerche clinico-terapeutiche sull'azione delle vitamine nella fissazione del calcio da parte dell'organismo.

Le esperienze dell'O. confermano i risultati degli osservatori precedenti e si concretano in queste conclusioni:

1) i comuni sali minerali attraversano l'organismo senza entrare a far parte della macchina umana;

2) la presenza di vitamina B in una comune pozione policalcica assicura la utilizzazione del calcio da parte dell'organismo. La presenza cioè delle vitamine è indispensabile per la fissazione degli elementi minerali.

Nuove osservazioni sulla encefalite infettiva.

Prof. Gustavo Modena. — La encefalite infettiva continua a fare molte vittime. Le osservazioni dell'O. possono essere divise in due gruppi:

1) casi nuovi che sono stati più frequenti in quest'anno che nello scorso anno e che talora si sono presentati con estrema gravità con sindrome di setticemia e non con soli fenomeni encefalitici, con andamento acutissimo e letale;

2) casi antichi con fenomeni iniziali più o meno palesi, spesso non valutati giustamente, con sindrome attuale che pare vada subendo (e non solo nei casi osservati nella nostra regione ma anche in quelli riferiti nella letteratura) una trasformazione particolare nei sintomi più salienti.

Le sindromi parkinsoniane degli adulti e le sindromi neuropsichiche dei fanciulli sono più rare: vi sono invece parecchi casi di alterazione della motilità oculare con fissità dello sguardo e contratture accessuali dei muscoli oculari sopratutto del retto superiore. Ha osservato anche casi di emitremore. Questa trasformazione della sintomatologia meriterebbe precisa indagine clinica e anatomo-patologica.

L'O. accenna alla deficienza dei metodi terapeutici: all'oscurità della etiologia, ai pareri non concordi degli AA. sui rapporti fra encefalite e influenza. In base a varie considerazioni ritiene che le due malattie abbiano stretti rapporti etiologici.

Sopra un caso di avvelenamento acuto da morfina in un lattante di 19 giorni.

R. Fuà. — Riferisce di un neonato cui fu introdotto a scopo evacuativo un cono anale di burro di cacao contenente (a insaputa dei genitori) due centigrammi di morfina. Il bambino dormì 24 ore, non emise per tutto questo periodo nè urine nè feci, non reagì ai vari stimoli impiegati per risvegliarlo.

Scoperta la causa del sonno prolungato, con eccitanti, bagni, ecc., si ebbe il risveglio del bambino ed il ritorno al normale.

Radioterapia degli epiteliomi ulcerati della cute e delle mucose per mezzo della ionoforesi argentica, della filtrazione variabile e della S. E. variabile.

P. Natale-Marzi. — Espone, mostrando fotografie di ammalati fatte prima e dopo la cura, i risultati ottenuti nella radioterapia degli epiteliomi ulcerati della cute e delle mucose adottando il metodo del Ghilarducci, con una modificazione già attuata dall'O. fino dal 1923 e comunicata nella prima riunione del Gruppo radiologi meridionali nel gennaio 1924. La modificazione consiste nell'irradiare l'epitelioma con quattro dosi eritema ottenute ciascuna con raggi corrispondenti ad una determinata e diversa tensione. La durata complessiva dell'irradiazione è di un'ora e mezzo circa.

Dai risultati fin qui ottenuti l'O. ritiene che il variare la S. E. oltre il filtro, risponda meglio al concetto di utilizzare le proprietà biologiche di ciascun gruppo di lunghezza di onda e dia risultati più rapidi, e sovratutto con mezzi più economici, di quelli ottenuti con una irradiazione di 2-3 ore a S. E. costante e filtro variabile.

Sovra il trattamento della fistola del condotto di Stenone.

Q. Sergi. — Dopo avere sommariamente ricordata l'anatomia della regione e descritti i vari sistemi di cura usati dai vari autori, illustra, con una serie di schemi, un suo metodo personale e presenta un malato che, affetto da 44 anni di fistola della porzione masseterina, è stato da lui operato e guarito.

Sovra un caso clinico di anuria riflessa calcolosa.

I. Barcaroli. — L'O. riferisce di un infermo, di 50 anni, di aspetto pletorico, ricoverato d'urgenza in Ospedale perchè da quattro giorni non emetteva più urine. Il paziente non aveva mai avuto per il passato sofferenze speciali da far pensare ad una litiasi, nè l'anuria, da cui era stato colpito, era stata preceduta da una crisi di colica reno-uretrale. Non fu possibile praticare il cateterismo uretrale, nè la radiografia mise in evidenza ombre riferibili a calcolosi. Unico dato clinico che orientò verso la diagnosi di anuria riflessa calcolosa e che autorizzò l'intervento chirurgico, fu, nell'esame obbiettivo dell'infermo, la contrattura di difesa in corrispondenza del lato destro dell'addome. L'infermo presentava un'azotemia di 2.07. Operato in sesta giornata di anuria di nefrotomia destra, la sera stessa dell'intervento ebbe un'abbondante diuresi dalla ferita operatoria e dalle vie naturali; andò nei giorni successivi migliorando sempre di più e dopo due mesi di degenza ospitaliera uscì guarito con un'azotemia di 0.30.

L'O. rileva l'importanza considerevole della nozione della contrattura addominale limitata ad un solo lato in quei casi di anuria specialmente, in cui la diagnosi differenziale fra anuria calcolosa e anuria da nefrite si presenta difficile, non essendo possibile conoscere gli antecedenti immediatamente anteriori all'accidente perchè l'infermo si presenta incosciente, in preda a grave intossicazione uremica.

A. Montanari.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La zona secondo le moderne concezioni.

Il dott. P. Sangiorgi (*La Clinica medica italiana*, gennaio-febbraio 1925) fa una accurata rassegna di quanto finora si conosce sul decorso clinico, sull'etiologia e sulla patogenesi della zona. Fin dall'introduzione all'articolo l'autore fa rilevare come si debba necessariamente differenziare la zona dal comune erpes. Il decorso clinico, le ricerche sperimentali ed etiologiche che nelle vescicole di zona non hanno mai mostrato i corpuscoli trovati nelle vescicole erpetiche, la stabile immunizzazione che si stabilisce nei malati affetti da zona in contrasto alla facilità delle recidive erpetiche, dimostrano, secondo l'autore, chiaramente come l'erpes zoster sia una entità clinica a sè, certamente infettiva e dovuta a virus che quantunque non conosciuto si differenzia certamente dal virus descritto nelle affezioni erpetiche comuni. In seguito l'autore fa una breve rassegna della sintomatologia, del decorso clinico e delle varie forme di zona; si occupa infine della topografia delle eruzioni zonali facendo rilevare come sempre queste avvengano nel decorso anatomico di particolari radici nervose. Circa l'etiologia sottoscrive l'opinione degli autori che sostengono che l'erpes zoster è una malattia infettiva dovuta ad un particolare germe non ancora conosciuto. Ritiene che allo stato odierno della conoscenza dei fatti, sebbene spesso si sia notata la coincidenza della zona con la varicella in alcune epidemie, non si possa concludere per l'identità etiobiologica della zona con la varicella.

Passa inoltre l'autore a descrivere le alterazioni anatomo-patologiche, sia dei gangli spinali posteriori e degli equivalenti gangli cefalici (g. genicolato, g. otico, ecc.), sia delle vescicole eruttive da alcuni autori interpretate come distrofiche, paragonabili alle ulcerazioni che si hanno nella cheratosi da lesione della 1ª branca del trigemino.

Circa la patogenesi ritiene che il virus entri per la cute e risalga per la via dei nervi fino ai gangli corrispondenti spinali. Spesso invade anche la radice motoria corrispondente, spiegandosi in tal modo l'insorgere frequente di paralisi nel decorso della zona, specie cefalica.

Dichiara infine di essere dell'opinione di quegli autori che ritengono la zona come affezione infettiva delle radici nervose e dei gangli spinali corrispondenti.

RICCARDI.

L'orticaria della prima infanzia.

Il fattore più importante nella determinazione di questa forma morbosa è, senza dubbio quello alimentare; possono esesre il latte di vacca o qualunque derivato del latte, oppure le uova, date in natura od incorporate agli altri alimenti

L'intolleranza può manifestarsi alla prima ingestione ovvero nelle successive. Più raramente intervengono gli altri alimenti, tenuto conto dell'alimentazione ancora limitata nell'età in cui l'orticaria si verifica, di solito verso i 12-15 mesi. Le recidive sono frequenti, ma in generale esse non si hanno più dopo i tre anni.

L'orticaria può coesistere con altre sindromi con cui ha rapporti più o meno stretti; particolarmente con disturbi digestivi; si deve rilevare però l'assenza di orticaria nelle gastro-enteriti degli ipotrepsici e degli atrepsici con manifestazioni di disepatia e nei bambini con eczema e con asma.

Péhu e Smitch (*Le Nourrisson*, 1925, n. 2) osservano che la diagnosi con la varicella può essere talvolta delicata e più raramente dovrà farsi con le punture d'insetti o con la scabbia: la diagnosi eziologica sarà stabilita con una inchiesta sul modo di alimentazione ed anche per mezzo delle cuti- ed intradermoreazioni con diluizioni degli alimenti sospetti.

Per quanto riguarda la patogenesi, gli AA. osservano che l'irritazione cutanea, è, probabilmente, provocata da una sostanza che, per via nervosa o per via vascolare, dà congestione del derma accompagnata da essudazione. L'organo principalmente interessato è il fegato nella sua funzione proteopessica; probabilmente, la molecola di proteina estranea, male elaborata od insufficientemente fissata dalla cellula epatica esercita sul sistema nervoso vegetativo un'influenza perturbatrice.

Il trattamento comporta una medicazione sintomatica contro il prurito, i mezzi dietetici (soppressione dell'alimento incriminato, dissensibilizzazione) una medicazione causale ed infine la peptonoterapia preprandiale per via digerente, per il potere protettore del peptone nelle manifestazioni anafilattiche.

fil.

L'azione dell'insulina sull'evoluzione della psoriasi.

Ravaut, Bith e Ducourtioux (*Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 14 giugno 1925) presentano tre casi di psoriasi curati con insulina a dosi leggere: il primo

(glicemia al disopra del normale: gr. 1,20 per giorno), ed il secondo (tasso glicemico normale), trattati con iniezione di 30 unità d'insulina Byla ogni giorno, cioè due fiale, 15 unità avanti ogni pasto, e due bagni alcalini per settimana; l'altro (tasso glicemico un po' al disotto della norma) con endopancreina (insulina Deslandes) alla dose di 40 unità cliniche per giorno, cioè 15 avanti il pasto del mattino e 25 avanti quello della sera.

È da notare che i due soggetti con glicemia debole o normale non ebbero alcun fatto d'ipoglicemia e bastò, per evitare incidenti del genere, far loro prendere i pasti nell'ora successiva a quella della iniezione d'insulina.

Ecco le conclusioni cui sono giunti gli AA.:

L'insulina ha fatto retrocedere nei tre malati alcuni elementi psoriasici.

Dopo la sospensione di un mese in uno dei malati, e di 11 giorni nell'altro si son veduti riapparire alcuni elementi eruttivi: in uno dei casi le eruzioni recidivate cedettero al nuovo trattamento; nell'altro non fu ripresa la nuova cura.

Naturalmente, essendo ancora i malati in corso di cura, gli AA. debbono limitarsi a segnalare i fatti senza poter affermare se la benefica azione osservata in seguito all'uso dell'insulina sarà definitiva o temporanea o sia stata soltanto effetto di una fortunata coincidenza.

Tutti e tre i malati presentavano il sintoma del prurito, il quale rapidamente scomparve. Da ciò gli AA. deducono che l'insulina dovrebbe essere sperimentata nelle altre varietà di prurito e forse anche in tutte quelle dermatosi che paiono legate a disturbi della nutrizione.

All'infuori dei bagni alcalini, nessuno dei tre malati fu sottoposto a cure locali: dunque, al pari di altri medicamenti, l'insulina può agire unicamente per azione interna sull'evoluzione del processo psoriasico, che in tutti e tre i malati subì un evidente miglioramento. Queste esperienze debbono perciò essere continuate e forse sarà opportuno di somministrare l'insulina a dosi più elevate.

V. MONTESANO.

Il trattamento dei porri e dei nei.

Il migliore caustico locale per il trattamento dei porri è l'acido acetico glaciale che si applica un paio di volte al giorno, proteggendo la cute circostante con vaselina. Per i porri al viso, è meglio usare una soluzione al 5 % di resorcina ed acido salicilico in alcool; anche la lampada di Kromayer per raggi ultravioletti può dare, in mani esperte, buoni risultati nei porri superficiali, producendo un'esfoliazione generale delle parti irradiate. Nei porri multipli dei fanciulli, la somministrazione orale può essere preceduta dall'ingestione di solfato di magnesio, in dose corrispondente alla età, una o due volte la settimana, oppure di acqua di calce in quantità di un quarto di litro al giorno.

Nei *porri ispessiti* si userà il termocauterio che negli adulti non richiede nessun anestetico; la punta del cauterio deve avere un orlo tagliente che si affonderà verticalmente in linee parallele fino a che il paziente avverta il dolore; tale metodo è particolarmente utile quando è interessata la piega ungueale.

Il *porro plantare*, per la sua stessa posizione provoca intensi dolori nel camminare; lo si proteggerà con un anello di feltro e si tratterà con il radio a piena dose, non filtrato, applicato per un'ora-un'ora e mezza; il porro si distrugge entro tre settimane e non è necessaria altra applicazione. Si possono usare anche i raggi X (a dose di due beta) filtrati attraverso alluminio (mezzo mm.) ad intervalli di 10 giorni.

Il porro filiforme si trova soprattutto sulle mucose dei genitali esterni, sulle labbra e sulle palpebre e si asporterà col termocauterio.

I *porri venerei* sono generalmente escrescenze a forma di cavolfiore che compaiono sui genitali esterni di persone affette da gonorrea o da altre infezioni specifiche che producono secrezioni; le escrescenze si infettano facilmente per germi di sepsi secondaria, ciò che costituisce una complicazione ributtante. Può venire interessata anche la mucosa anale. Le frequenti lavature con la *lotio nigra* (1) e l'abbondante applicazione di una polvere contenente il 5 % di calomelano precederanno gli interventi più radicali e talora provocheranno una rapida involuzione. Si possono asportare col cucchiaio tagliente, previa anestesia, ma il metodo migliore secondo H. C. Semon (*The Lancet*, 27 giugno 1925) è la diatermia, aspergendo le escrescenze con soluzione fisiologica ed applicando un elettrode piatto; col passaggio della corrente, le dette escrescenze coagulano, imbiancano ed incominciano a fumare, in quanto che il liquido viene portato in vicinanza del punto di ebollizione. L'unico trattamento successivo consiste nell'aspersione con polveri antisettiche. Naturalmente è necessario il trattamento della infezione venerea concomitante. Si possono anche tentare piccole dosi di raggi X (1/2-3/4 di beta) con un filtro di 1/2 mm., ad intervalli settimanali, oppure i caustici chimici (fenolo puro, nitrato acido di mercurio), usando grande precauzione per le parti circostanti.

---

(1) La *lotio nigra* è preparata con g. 6,85 di cloruro mercuroso, triturato con cmc. 50 di glicerina e mescolato con acqua di calce fino al volume di un litro. (*N. d. R.*).

I *porri seborroici*, che si osservano negli individui con diatesi seborroica del cuoio capelluto, si asporteranno mediante il termocauterio, facendo poi usare come profilattico una lozione antisettica. Per quei porri seborroici che compaiono sul dorso, ai fianchi e all'addome di persone di mezza età predisposte, che hanno colore nero o bruno e si accompagnano ad untuosità della pelle, il miglior trattamento consiste nella lampada di Kromayer (10 minuti ad un metro) una volta la settimana, oppure nei raggi X (3/4 di beta, senza filtro) per una o due volte ad intervallo di 14 giorni. Si userà poi giornalmente un sapone allo zolfo od al zolfo-naftolo. Le lesioni più croniche, isolate col plaster di sapone oppure all'acido salicilico (5 %) ed in caso di ricaduta con il lapis di neve carbonica per 15-30 secondi.

Porri con tendenza alla ulcerazione (senili, arsenicali, da esposizione al sole od ai raggi X, da catrame o paraffina). Debbono essere nettamente differenziati dai precedenti per il fatto che hanno tendenza alla trasformazione in epiteliomi. Si userà la diatermia, la neve carbonica oppure l'ablazione chirurgica; si deve tener presente che una radioterapia insufficiente può stimolare lo sviluppo dei porri.

Nei. Hanno tutti origine congenita, sebbene possano talvolta comparire tardi nella vita. Quelli piccoli, non pigmentati si asportano con la congelazione applicata per 40-60 secondi secondo la loro profondità; la vescichetta che ne residua si punge asetticamente e si medica con lozione alla calamina (che si prepara con la calamina o carbonato di zinco, ossido di zinco, glicerina ed acqua). La crosticina si lascia cadere spontaneamente. Talvolta è necessario ripetere il trattamento.

I nei pelosi si trattano con l'elettrolisi dei singoli peli, dopo di che gli elementi pigmentati tendono a scolorire; la pigmentazione residua si tratterà con la congelazione. Per quelli più grandi, specialmente se verrucosi, si userà l'escissione seguita da innesto oppure la diatermia col metodo indicato ai porri venerei. Il radio, i raggi X, il termocauterio ed i caustici chimici non sono consigliabili in tal caso.

fil.

Il trattamento del lichen planus con l'irradiazione del simpatico.

Il trattamento attualmente in uso del lichen planus consiste nell'introduzione degli arsenobenzoli. Gouin (*Paris médical*, 30 maggio 1925), riporta parecchie osservazioni di malati trattati con successo mediante la radioterapia. In quattro anni, l'A. ha trattato dieci casi ottenendone sempre gli stessi buoni risultati. Egli fa un'irradiazione di 5 unità H senza filtro, a cielo scoperto, sulla regione interscapolare in corrispondenza della quarta e quinta vertebra dorsale; l'anticatode è collocato a 16 cm. dalla regione irradiata; raggi n. 7; scintilla 11-12 sotto 4 ampères.

L'A. ritiene che l'azione favorevole è dovuta all'influenza esercitata dai raggi X sul simpatico toracico. È probabile che il simpatico, il quale per mezzo dei ramuscoli bianchi comunicanti, ha le relazioni dirette col nevrasse, sia sensibilizzato dai raggi ed agisca in questo modo sui centri midollari. L'irradiazione interscapolare e lombosacrale è il luogo di elezione, poichè in tali punti, come hanno dimostrato dei lavori recenti, si trovano le fibre del simpatico vero, uscite dai segmenti toracici e lombosacrali corrispondenti. Ora la dose usata di raggi X non permette di irritare che i primi piani dell'epidermide e non certo il midollo od i tronchi nervosi; non si tratta quindi di irradiazione profonda; soltanto il simpatico può essere influenzato.

Il disfunzionamento del simpatico porterebbe il prurito e, presiedendo alla comparsa dell'elemento eruttivo, scomparirebbe sotto l'azione dei raggi X.

L'A. ha inoltre rilevato che in altre dermatosi (orticaria, prurigo, eritema papuloso) la radioterapia può pure dare buoni risultati.

fil.

Diagnosi e cura della vulvovaginite gonococcica infantile.

Nelle forme recenti e con pus abbondante, l'esame microscopico di questo dà sempre reperto positivo, mentre invece si possono avere serie difficoltà quando la malattia dura da tempo. In tal caso, un esame negativo del secreto vaginale non autorizza ad affermare che l'infezione non esiste. Si può allora riacutizzare il processo iniettando in vagina prima di raccogliere il pus una soluzione di nitrato d'argento al 5 %, oppure, mediante un contagocce, del sublimato a 1/5000, esaminando poi il sedimento ottenuto per centrifugazione dal liquido di lavatura. Il pus deve essere raccolto in alto, usando l'uretroscopio femminile e l'ansa di platino. Per la colorazione serve il metodo di Gram, usando come colore di contrasto, la fucsina a 1 % che si lascia agire solo per qualche secondo. Si tenga presente che la sede del gonococco può essere extracellulare nei casi cronici. Molte volte però l'esame microscopico non basta per la differenziazione dal meningococco e si deve allora ricorrere alle colture (siero di Löffler, terreno di Wertheim) in cui il gonococco si sviluppa in colonie isolate, rotonde, con margini ondulati e seghettati, centro rigonfio, colore grigiastro ed aspetto mucoso.

La profilassi deve essere rigorosa per opporsi

alla grande facilità di diffusione. Si proibisca che i bambini dormano nello stesso letto con i genitori ed usino biancheria ed oggetti che possano essere inquinati dal gonococco e si esiga la più scrupolosa attenzione dagli adulti infetti (parenti, balie, infermiere). Misure severe si devono usare negli istituti e negli ospedali, in cui, secondo alcuni, si dovrebbe imporre la visita di tutte le bambine nonchè delle custodi.

Per la cura, i mezzi chimici più usati sono i preparati d'argento ed il permanganato potassico. Fra i primi il protargolo, poco irritante, spiega una discreta azione battericida, provoca desquamazione epiteliale e leucocitosi e può usarsi a conveniente diluizione in qualsiasi periodo; largo uso hanno anche i suoi succedanei, il collargolo e l'argirolo. L'azione germicida del permanganato è trascurabile nelle diluizioni inferiori a 1 %; esso vale invece per l'azione astringente che provoca il raggrinzimento della mucosa e, quindi, in parte lo svuotamento dei condotti ghiandolari.

Come osserva C. Giaume (*La Pediatria*, 1925, n. 6), questi mezzi influenzano poco il decorso della malattia e non sono scevri di pericoli se messi in pratica da profani per la facile diffusione del processo all'endometrio; comunque, si tenga presente di fare le irrigazioni a bassissima pressione.

Abbastanza usati sono i vaccini, sui quali però i diversi autori sono venuti a conclusioni opposte. I migliori risultati si ottengono usando gli autovaccini. *fil.*

Azione terapeutica dell'acetil-ossiamino fenilarsinato basico di bismuto nella sifilide.

Levaditi (*La Presse médicale*, 18 luglio 1925) facendo agire il sale di sodio dell'acido acetil-ossiamino-fenilarsinico sul tartro-bismutato sodico-potassico ha ottenuto un corpo nuovo, l'acetil-ossiamino-fenilarsinato basico di bismuto che contiene il 41 % di bismuto ed il 15 % di arsenico.

Nel coniglio con manifestazioni sifilitiche questo sale, iniettato in quantità minima per via endomuscolare, ha provocato in 48 ore la scomparsa dei treponemi dalle lesioni che sono poi guarite in 4-5 giorni.

La presenza dell'arsenico aumenta il potere treponemicida del bismuto ed esercita una influenza tonica sull'organismo combattendo così l'astenia e l'anemia bismutica.

Questo nuovo preparato di Levaditi è stato da Fournier e Schwartz applicato all'uomo per iniezioni endomuscolari in 30 individui sifilitici, alla dose di 2 cmc. di una sospensione oleosa al 10 %, per una cura di 12 iniezioni tutte perfettamente tollerate e completamente indolori.

Gli effetti terapeutici sono stati assai notevoli: i treponemi sono scomparsi dopo la prima iniezione e dopo una serie di 12 è divenuta negativa la reazione di B. Wassermann. Il preparato sembra specialmente indicato per sifilitici deboli, anemici, in stato di depressione.

V. MONTESANO.

IGIENE.

La diminuzione della febbre tifoide.

La diminuzione della febbre tifoide, sebbene più accentuata in certi paesi, può ritenersi generale. Per l'Inghilterra, G. Newman (*British med. Journ.*, n. 3322) riporta le statistiche secondo le quali la mortalità per tifoide che nel 1870 era di 371 per milione, si è abbassata a 12 nel 1922. Le cause di questa diminuzione non possono secondo l'A. essere attribuite a cambiamenti nella sintomatologia, nella gravità o nel tipo epidemiologico della malattia, ma devono essere ricercate nei diversi provvedimenti che in questo frattempo sono stati presi in proposito. I miglioramenti introdotti nella provvista dell'acqua sono una causa evidente della diminuzione irregolare che si è venuta osservando fino al 1900. Persiste però tuttora la possibilità di una diffusione idrica della tifoide, quale è stata dimostrata in diverse contingenze. Oltre alla miglior provvista dell'acqua, la diminuzione della tifoide va in gran parte attribuita alle opere di fognatura domestica e stradale nelle grandi agglomerazioni urbane ed all'uso sempre più diffuso del sistema di allontanamento dei rifiuti per mezzo dell'acqua in sostituzione dell'antica latrina a secco usata in Inghilterra che, specialmente nei grandi centri, ammorbava l'aria e diminuiva la resistenza delle popolazioni alle malattie. L'allontanamento quotidiano dei rifiuti ed il sistema di chiusura ad acqua delle latrine hanno indubbiamente avuto una grande influenza anche sulla diminuzione delle mosche e, di conseguenza, sulla minore probabilità che le malattie trasportate da questo insetto si diffondano.

Si aggiungano inoltre le maggiori esigenze e le abitudini più pulite della gente; l'educazione del pubblico ha avuto certamente la sua parte in questa diminuzione sebbene molto cammino rimanga ancora da fare per avere l'efficace cooperazione del profano nella lotta contro le malattie infettive. Pure di grande importanza è la provvista di alimenti perfettamente salubri; sotto tale punto di vista si va riconoscendo anche dai profani la necessità di un latte puro e per questo l'A. si augura che si possa arrivare al provvedimento più radicale, quale è in uso in America, della pastorizzazione obbligatoria.

Un altro fattore che ha altresì grande influenza nella diminuzione della tifoide è l'isolamento e l'ospedalizzazione. Soltanto in un ospedale si può avere la sicurezza che i materiali infettanti sono resi innocui, ciò che nelle case private, specialmente se povere, è quasi impossibile e comunque malagevole. L'ospedalizzazione è anche assai utile nei riguardi del paziente che viene meglio assistito e curato. L'organizzazione dei laboratorii ha anche notevole importanza sia per la profilassi sia per dissipare alcune credenze erronee e guidare invece gli sforzi in una giusta via. Tutti questi provvedimenti di bonifica generale hanno soprattutto influenza sulla collettività; invece l'immunizzazione specifica tende a proteggere soprattutto l'individuo e solo di riflesso agisce sulla collettività. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Ancora sulla febbre melitense. — All'abb. n. 3457:

Le sue delusioni sull'effetto di medicamenti adoperati corrispondono al resultato della nostra esperienza, ripetutamente riferito nelle colonne di questa posta per gli abbonati.

Nel caso che direttamente l'interessa riteniamo oltremodo utile la vita all'aperto e in montagna; se gli elementi climatici e qualche stimolo medicamentoso riusciranno a vincere la disappetenza, la malata attenda fiduciosa la guarigione, nutrendosi e lontana dal letto. T. PONTANO.

Al dott. M. D'A. da S., abb. n. 9249:

Per l'impianto di un dispensario antitubercolare. — Prima condizione è quella di raccogliere i fondi. A norma del D. L. 26 luglio 1917, n. 1231 (art. 3), si possono avere dei fondi anche dal Ministero dell'Interno. Si può inoltre contrarre un mutuo di favore con la Cassa depositi e prestiti (art. 5). Le pratiche necessarie vanno esperite presso le RR. Prefetture (Uff. del Medico provinciale). — *Opere di tecnica chirurgica.* G. MARION. *Chirurgia del pratico.* F. Vallardi, ed., Milano. — LAURENT. *Anatomia clinica, terapia chirurgica, tecnica operativa* (Ibidem). — DURANTE e LEOTTA. *Medicina operativa generale e speciale.* Unione tip. ed. torinese. — *Microscopia clinica.* TARCHETTI e GOGGIA. *Manuale di microscopia e batteriologia clinica.* F. Vallardi, Milano. *fil.*

Al dott. E. S. da Palermo:

Il metodo per il dosaggio dello zucchero del sangue, generalmente usato oramai, è il nuovo micrometodo di Bang. Ne tratta ampiamente il n. 1 (1924) dei « Problemi della nutrizione », via S. Nicolò da Tolentino, 53-A, Roma.

MARINO.

VARIA.

Interscambi colturali.

Si svolgono attivissimi tra vari paesi gli scambi di insegnanti universitari. Sovratutto l'Argentina e la Spagna si distinguono per lo spirito di eclettismo con cui chiamano i migliori rappresentanti della scienza mondiale a tenere conferenze e avvivare i legami intellettuali e colturali.

In questi giorni tengono una serie di conferenze a Buenos Ayres il prof. P. Duval, clinico chirurgo di Parigi, e il prof. G. Fichera, patologo chirurgo di Pavia.

Sono stati invitati in Argentina i proff. V. Ascoli e G. Sanarelli e la professoressa M. Montessori.

Molto attivi sono anche gli scambi e le visite di personale sanitario.

Abbiamo dato più volte notizia degli scambi promossi dalla Società delle Nazioni, sotto gli auspicii della « Rochefeller Foundation »: ultimo il viaggio dei medici sud-americani in Europa, chiusosi in Italia.

Varie visite collettive di medici americani hanno avuto luogo in Europa. L'ultima visita in grande stile ebbe per mèta l'Inghilterra, ai primi di giugno; agli ospiti furono tributati onori straordinari; dette loro il benvenuto il ministro dell'igiene, presenti il duca di York e moltissime autorità politiche e scientifiche.

Si sono avute, a più riprese, visite collettive di medici spagnoli in varie nazioni d'Europa. Ultimamente, ai primi di agosto, 40 medici spagnoli hanno visitato la Germania; durante il viaggio sono state tenute conferenze da Ferran, Moragas, Ricart, Rosell, Carolesi.

Di alcuni viaggi più notevoli abbiamo dato a più riprese notizia, in particolare di chirurgi americani. Ricordiamo anche quello degli stomatologici americani, di cui riferimmo nel numero scorso.

Dai medici italiani non è stato ancora avvertito il bisogno di compiere siffatte incursioni in altri Paesi, quasi che non ci fosse nulla da apprendere... P. A.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXI. — Pubblicità non decorosa.

Il Consiglio dell'Ordine dei medici di Torino, con provvedimento 30 ottobre 1920, confermato dall'Assemblea generale dell'Ordine del 24 aprile 1921 e dal Consiglio Superiore di Sanità, in sede di gravame, il 29 giugno 1924, aveva punito disciplinarmente il dottor Fernando Levi per aver esso pubblicato un avviso réclame del seguente tenore:

« Sifilide, blenorragia, malattie della pelle, sierodiagnosi di Wassermann 606-914, analisi cliniche, vaccinoterapia autogena, sistema Wright nella furoncolosi: dott. F. Levi medico chirurgo e dottore in chimica. Faculté de médecine, Paris, University of London 1919. Tutti i giorni, escluso il venerdì, ore 11-14, 17-18; Corso S. Maurizio 21, piano 1°. Consultations en Anglais et Français ».

L'interessato ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. Ma la IV Sezione, con decisione 20 marzo 1925, n. 379, ha confermato il provvedimento, dal punto di vista della legittimità, per le considerazioni che qui riassumiamo.

È sufficiente, dice la decisione, il raffronto dell'avviso réclame con la lettera, lo spirito e gli intenti delle norme di deontologia professionale emanate dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Torino per riconoscere la infondatezza del ricorso.

Gli articoli 51 e 52 delle citate norme di deontologia dispongono:

Art. 51. Qualunque forma di pubblicità fatta dal medico con metodi ciarlataneschi per conquistarne la clientela è condannabile.

Sono atti particolarmente gravi:

a) la pubblicazione di avvisi réclame con le offerte di metodi di cura seguiti o di metodi di cura d'uso comune presentati ai profani come personali;

b) l'attribuzione a sè stesso negli avvisi réclame di titoli scientifici (accademici e professionali) che siano infondati o estranei alla professione medica.

Art. 52. È ammessa l'affissione di tabelle con le sole indicazioni del nome, della specialità, dei titoli scientifici (accademici o professionali) inerenti alla professione medica, dei recapiti, dell'orario di visita e della conoscenza di lingue straniere, nelle guide cittadine e nei giornali politici, salvo eventualmente proibizione dell'Ordine.

« Ora è palese — dice la decisione — che l'avviso réclame del dott. Levi, nel suo complesso e nei singoli elementi dei quali è costituito, appunto configura, e in squisito modo, entrambi gli atti particolarmente gravi di cui nel citato art. 51. Si concede che la sierodiagnosi di Wassermann 606-914 sia d'uso comune, si riconosce che i metodi di cura del dott. Levi in sua réclame indicati possono esigere ampio, ricco, complesso allestimento di gabinetto medico; ma sempre sta che la enunciazione di tali cure, quando sia accompagnata da riferimento immediato a straniere università o istituti scientifici stranieri, può nei congrui casi indurre il profano a ritenere personali e propri dell'autore della réclame, tali metodi di cura pur di generale uso. Il che è vietato dal testo e dallo spirito della citata norma regolamentare. È d'uopo considerare che la norma considera appunto la impressione e la sensibilità del profano di fronte a tali réclame, non già il meditato giudizio del dotto o del tecnico. È del resto preziosa la esplicita ammissione del ricorrente che nel 1920, epoca della pubblicazione incriminata, tali metodi di cura non erano divenuti d'uso comune; onde più facile era la confusione nella mente dei profani.

« Del pari evidente è sotto altro aspetto l'infondatezza del ricorso. Tuttavolta in réclame di sanitario si indichi senza alcuna ulteriore specificazione, università o istituto scientifico nazionale od estero, non pure al profano, ma ad ogni cittadino di media coltura, si presenta il dubbio se il sanitario sia stato addottorato in dette università o ne sia stato semplice uditore, o sia stato docente nelle medesime; o sia docente in atto. Una tale artificiosa oscurità e moltiplicità di plausibili interpetrazioni del tenore dell'avviso réclame, pur concedendo non sia stato espressamente voluta e perseguita dall'autore della réclame, sempre offende obbiettivamente in uno con l'interesse di terzi il decoro della professione sanitaria, a presidio del quale furon dettate le norme degli art. 8-10 della legge sugli Ordini dei sanitari e degli art. 34-35 del relativo regolamento.

« Non sussiste poi la dedotta violazione dell'art. 37 del citato regolamento, la mancata contestazione al ricorrente del fatto lesivo del decoro dell'ordine; postochè il fatto lesivo risiede nello stesso avviso réclame del dottor Levi, a modificare il quale esso fu dalla competente autorità reiteratamente invitato. Consegue che l'impugnato provvedimento, avendo fatto retta applicazione della legge, non merita censura ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

ATTI UFFICIALI.

Problemi sanitari alla Società delle Nazioni.

La 34ª sessione del Consiglio, adunatasi a Ginevra dall'8 all'11 giugno sotto la presidenza del sig. Quinones de Léon, rappresentante della Spagna, ha approvato un protocollo relativo alla guerra chimica e batteriologica.

Questo protocollo contiene una dichiarazione secondo la quale le Potenze contraenti considerano che l'impiego in tempo di guerra dei gas asfissianti, tossici o simili, come pure di tutti i liquidi, materie e procedimenti analoghi, è stato giustamente condannato dall'opinione generale del mondo civile e che la proibizione di tale impiego è stata formulata in tutti i trattati ai quali hanno aderito la maggior parte delle potenze del mondo. Per incorporare nel diritto delle genti questa proibizione, la quale s'impone ugualmente tanto alla coscienza quanto alla pratica delle nazioni, le Potenze contraenti, che non facciano parte dei suddetti trattati, proibiscono quell'uso, riconoscono tale proibizione ed accettano di estenderla ai sistemi di guerra batteriologica. Esse convengono di considerarsi come vincolate fra loro ai termini di questa dichiarazione.

Il Consiglio ha approvato, sulla base della relazione del Visconte Ishii, rappresentante del Giappone, le risoluzioni prese dal Comitato d'Igiene, nella sua ultima sessione, e dalla Conferenza internazionale per la malattia del sonno in Africa.

Il Consiglio ha specialmente dato il suo assenso all'organizzazione, nell'Africa occidentale, di uno scambio speciale di medici appartenenti ai servizi coloniali di sanità del Belgio, della Francia, della Gran Bretagna, del Portogallo e dell'Unione sudafricana. Esso ha deciso di trasmettere al Governo persiano la relazione generale preparata dal dott. Gilmour sulla situazione sanitaria della Persia ed al Governo albanese i risultati dell'inchiesta del dott. Haigh a proposito della malaria in Albania.

Il Consiglio ha parimente preso conoscenza dell'accordo progettato fra i Paesi Bassi e il Belgio per rendere più efficaci i provvedimenti sanitari imposti alle navi e per attenuare gli ostacoli che tali provvedimenti arrecano al commercio. Il Consiglio ha ritenuto si debba raccomandare l'estensione di questo genere d'accordi agli altri paesi marittimi, introducendovi una clausola ai termini della quale ogni contestazione intorno all'interpretazione dei suddetti accordi sarà deferita alla Organizzazione d'igiene per le opportune conciliazioni.

Per ciò che si riferisce all'applicazione dell'articolo 8 della Convenzione di Ginevra per l'Oppio (19 febbraio 1925), il Consiglio ha deciso d'invitare i diversi Governi a fornire un elenco dei preparati che contengono stupefacenti e riguardo ai quali non potrebbero applicarsi le disposizioni della Convenzione, per l'impossibilità di isolare lo stupefacente e di potersene servire come oggetto di consumo.

Infine, il Comitato ha espresso la sua gratitudine al Governo dell'Indo-Cina francese, che ha consentito a trasmettere gratuitamente, per il tramite della sua stazione rediotelegrafica di Saigon, i bollettini dell'Ufficio di informazioni epidemiologiche di Singapore, come pure al Governo delle Indie orientali olandesi, che ha parimente offerto di comunicare gratuitamente tali informazioni.

Il Consiglio, dopo aver preso conoscenza dei lavori della Conferenza, ha dichiarato che l'Organizzazione d'Igiene, come pure le altre organizzazioni della Società delle Nazioni, saranno interamente a disposizione dei Governi interessati nel caso in cui questi volessero ricorrere ai loro servigi per la realizzazione della collaborazione internazionale che essi avessero ritenuto necessaria.

A tal proposito, il rappresentante dell'Impero britannico, Sir Austen Chamberlain, ha fatto sapere al Consiglio che il Governo dell'Uganda metteva a disposizione della Commissione incaricata di fare un'inchiesta sulla malattia del sonno, i laboratorii di cui dispone. Si ricorderà che la Conferenza aveva scelto l'Uganda e le regioni intorno al Lago Vittoria come quelle che erano più adatte per lo studio della malattia del sonno.

Il quarto scambio generale di personale sanitario, istituito dall'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni durante l'anno 1925, ha avuto luogo nel Belgio dal 4 maggio al 19 giugno.

Lo scambio, che comprendeva una serie di conferenze sulla geologia, la geografia, la climatologia del Belgio; l'evoluzione delle organizzazioni sociali, l'assistenza pubblica, le statistiche demografiche e sanitarie, la legislazione e l'organizzazione sanitaria; la protezione dell'infanzia, ecc., ha avuto inizio a Bruxelles ed ha continuato con visite agli Istituti di igiene pubblica nelle diverse provincie de Belgio (Brabante, Anversa, Fiandra orientale e occidentale, Namur, Liegi, nonchè i circondari di Mons e di Charleroi).

Lo scambio è terminato a Ginevra il 26 giugno con una serie di conferenze sulla Società delle Nazioni e sull'Organizzazione d'Igiene.

Cronaca del movimento professionale.

XIX Congresso Nazionale Sindacato Medici Condotti.

Si adunerà a Siracusa dal 17 al 19 ottobre. Il Comitato ordinatore, sotto la direttiva del dott. Cocito per il Direttore Centrale e del dott. Vannella, sta preordinando i lavori e provvedendo a tutte le occorrenze. Comunicare con la massima sollecitudine i temi che s'intendono trattare e le

relative conclusioni al segretario generale del Direttorio Centrale, dott. Achille Vacino in Pezzana Vercellese (Novara).

Per la pensione ai vecchi medici condotti.

La Presidenza della Federazione degli Ordini dei medici ha inviato al Ministro dell'Interno la seguente lettera:

Roma, Luglio 1925.

A. S. E. il Ministro dell'Interno

Roma

Da tutte le Regioni d'Italia giungono con frequenza al Consiglio della Federazione degli Ordini dei Medici, le implorazioni di aiuto da parte dei vecchi medici condotti che, pensionati con le antiche norme, non hanno un assegno sufficiente neppure per la più misera vita, e delle loro vecchie vedove condannate alle più assillanti privazioni.

Qualche piccolo miglioramento è stato ad essi concesso, ma in così limitata misura che quasi nessun vantaggio ne hanno potuto risentire.

Si tratta di non molti Colleghi (circa un migliaio) in avanzata età, che tutta la loro esistenza consacrarono al duro, faticoso, e quasi sempre scarsamente retribuito, lavoro del medico condotto.

Tra essi, possono dirsi felici quei pochi che ancora posseggono qualche residuo di energia fisica, intellettuale e morale, che ad essi permette di continuare, sebbene vecchi e stanchi, nel penoso lavoro, passando da un villaggio ad un altro, per brevi periodi di supplenza a posti vacanti, senza una casa propria, lontani dalla famiglia per guadagnarsi il pane necessario alla loro triste vecchiaia, senza riposo, fino all'estremo dei loro giorni. Ma gli ammalati, quelli che più nulla hanno potuto conservare delle forze date per tanti anni senza risparmio ai doveri del loro ufficio, quelli che non hanno potuto nulla economizzare o che le loro economie hanno consumato nella durezza della vita presente, quelli che non hanno possibilità di soccorso da figli e da parenti e le vedove infelici, soffrono la vera miseria.

A molte categorie di pensionati è stato accordato un sensibile aiuto dal Governo Nazionale che ha così dimostrato di riconoscere il principio del miglioramento delle pensioni.

Il Consiglio della Federazione degli Ordini dei Medici, commosso dalle condizioni dei vecchi Colleghi e convinto che le loro richieste sono fondate su equità e giustizia, si rivolge alla V. E. per pregarla anche a nome dei Medici Italiani, di ascoltarne le voce. Poichè altra via non esiste, voglia intervenire lo Stato e, riconoscendo i servizi prestati da questi benemeriti Sanitari, il bisogno estremo in cui essi versano, dia quel poco che è necessario, per un tempo che purtroppo non sarà lungo, a sollevarli dalle angustie in cui vivono.

Il Consiglio Direttivo
della Federazione degli Ordini dei Medici.

Atti della Federazione degli Ordini dei medici.

Il presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, prof. Gallenga, accompagnato dal sen. prof. Pestalozza, è stato ricevuto dal capo di gabinetto del ministro dell'interno e gli ha presentato un memoriale circa la necessità di migliorare le *pensioni dei vecchi medici condotti*, i quali si trovano nelle più penose condizioni finanziarie; nonchè un memoriale sulla necessità che, in occasione della nuova legge per l'esercizio abusivo, *sia riconosciuto* definitivamente *agli Ordini il diritto di costituirsi parte civile* contro gli esercenti abusivi.

Il presidente della Federazione ha esposto altre importanti questioni, di cui in vari ordini del giorno approvati dall'ultimo Congresso; essi riguardano alcuni ritocchi al *D. L.* 30 *dicembre* 1923 *sulla riforma sanitaria;* la *provincializzazione dei servizi sanitari*, per la quale fu espresso unanime voto favorevole; la *réclame medica* (necessità dell'intervento del Governo ai fini superiori della salute pubblica e necessità di dar mezzo agli Ordini, con un opportuno aggiornamento della legge, di esplicare la loro azione moralizzatrice e regolatrice dell'esercizio professionale); l'*esercizio dei medici stranieri in Italia;* la *pletora medica* (rigore nell'esame di Stato e nella iscrizione agli albi; proibizione delle nomine od incarichi multipli; integrazione e sviluppo di tutti i servizi sanitari, dei Comuni, della Provincia, dello Stato; repressione dell'esercizio abusivo, ecc.); il *sensalismo medico degli ammalati* (necessità dell'intervento dell'Autorità di P. S. e della Magistratura; schema di progetto di legge compilato dall'Ordine di Palermo).

Tutte le questioni, di cui ai memoriali ed agli ordini del giorno surriferiti, erano state raccolte in un pro-memoria riassuntivo.

Identici documenti erano stati già presentati al Direttore Generale della Sanità Pubblica.

I medici di Trieste e la legislazione sociale nell'Italia redenta.

L' assemblea generale straordinaria del Sindacato Medici Fascisti di Trieste riunitasi addì 26 giugno 1925, coll'intervento della quasi totalità degli inscritti, approvava all'unanimità il seguente ordine del giorno:

« Il Sindacato Medici Fascisti domanda al Governo Nazionale la unificazione della legislazione italiana in materia di assicurazione sociale, chiedendo che, a sette anni dalla redenzione, i medici delle nuove provincie siano finalmente equiparati agli altri Colleghi d'Italia nei diritti e nei doveri, e lasciando alla previdente saggezza di chi regge le sorti del Paese la cura di sancire quelle norme di previdenza sociale, che crederà più opportune per la tutela del lavoro e per la integrità della stirpe.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Medico primario; lire 6000 (*sic*). Docum. agli Uffici d'Ammin. (v. Moretto 42) non più tardi delle ore 17 del 15 sett. Età lim. 45 a. (ex combatt. 50). Chiedere annunzio.

CASTELCIVITA (*Salerno*). — Scad. 30 sett. Una delle due cond. L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cav., addizion. L. 5 ogni povero eccedente 20 % della popolaz.; tassa L. 50,15.

FORMIGINE (*Modena*). — Lo stipendio anzichè di L. 8000 è di L. 9000.

ISOLA DEL LIRI (*Caserta*). — 2ª condotta; vedi fasc 34; proroga al 30 sett.

MAENZA (*Roma*). — L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4 oltre e fino a 2000; L. 5 oltre; alloggio; L. 400 uff. san.; 5 quadrienni decimo. Scad. 20 sett. Tassa L. 50 al tesor. com. Servizio entro 20 giorni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

SALVITELLE (*Salerno*). — Scad. 30 sett. L. 7000.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17; per informazioni rivolgersi Segreteria.

TERRANOVA DI SICILIA (*Caltanissetta*). — A tutto 20 sett. Direttore dell'Ambulatorio Antitracomatoso Comunale. L. 3500; esclusa indenn. c.-v.; dichiaraz. scritta dei concorrenti di accettare le norme che regolano la C. P. dei medici condotti.

VENEZIA. — Due medici batteriologi aggiunti al Laboratorio micrografico; a tutto il 10 sett.; vedi fasc. 34.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Arnaldo Vecchi, chirurgo primario a Faenza, è stato chiamato come chirurgo primario a Piacenza; il posto lasciato vacante viene occupato interinalmente, fino alla nomina del nuovo chirurgo, dal prof. Aldo Lesi.

Il concorso per primario medico nell'Ospedale di Ravenna ha avuto per esito la nomina del prof. Francesco Schiassi, già aiuto di Clinica Medica nell'Università di Bologna; gli altri componenti la terna sono stati i proff. Cesare Capezzuoli e Francesco Giugni.

La R. Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna (Classe di scienze fisiche) ha deliberato sui due premi internazionali E. De Cyon scaduti il 1° marzo 1925.

Il premio di L. 3000 è stato assegnato al prof. Henri Fredericq (Liegi), per un gruppo di lavori « Sul meccanismo umorale dell'azione dei nervi cardiaci negli animali a sangue freddo ».

Il premio di L. 1500 è stato assegnato al dott. Leonida Lolli per ricerche pletismografiche, eseguite nell'Istituto di Fisiologia e nella Clinica Pediatrica di Modena, dal titolo « I riflessi vasomotori del fanciullo e del bambino ai primi mesi e ai primi giorni di vita ».

NOTIZIE DIVERSE.

Nella Croce Rossa Italiana.

Abbiamo dato, a suo tempo, notizia delle dimissioni rassegnate del sen. Ciraolo, e illustrato le benemerenze da lui acquistate durante il periodo in cui tenne l'alta carica.

All'atto della partenza, in una imponente manifestazione di affetto cui parteciparono tutti i funzionari, il prof. Cesare Baduel, direttore generale, rivolse al partente un commosso indirizzo di saluto. Innumerevoli attestati di stima gli sono giunti per l'occasione; notevoli sono quelli della Real Casa, del Comitato Internazionale della C. R., della Lega delle Croci Rosse, che altamente testimoniano la considerazione da cui va circondata l'opera dell'ex-Presidente, svolta ad un fine nobilissimo di umana solidarietà.

***

Il 6 agosto, nella sede del Comitato Centrale, ebbe luogo solennemente l'insediamento ufficiale del nuovo Presidente, marchese Carlo dei principi Centurione Scotto.

Parlò per primo a nome del Governo S. E. il gen. Cavallero, il quale dopo aver ricordato l'opera fattiva del sen. Ciraolo, espresse l'augurio che il successore, con la sua mente eletta e la sua sicura fede, continui nella missione altissima di umanità a cui s'ispira l'Associazione.

Prese poi la parola il vice-presidente generale, sen. Ettore Marchiafava, il quale, a nome dei colleghi del Consiglio salutò il marchese Centurione, non nuovo al lavoro fecondo per le opere del bene ed all'interesse verso l'Associazione che egli ha sempre onorato della sua attiva ed intelligente collaborazione.

Il direttore generale della C. R. I., prof. Cesare Baduel, con accento vibrato e schietto, dopo aver inviato un memore pensiero al sen. Ciraolo, ricordando la sua grande fede e la profonda umanità del suo progetto, rivolse un saluto al neo-Presidente, rilevando i grandi meriti acquistati dalla C. R. I., sempre presente in tutte le grandi calamità. Il prof. Baduel infine richiese l'appoggio del Governo perchè la nobile associazione diventi uno strumento di sempre maggiore efficacia e intensifichi e perfezioni la sua propaganda.

A tutti gli indirizzi rivoltigli nella solenne cerimonia, rispose il nuovo Presidente, ringraziando e dichiarando di fare affidamento sul concorso efficace di tutti coloro che con ammirevole spirito di sacrificio collaborarono con i suoi predecessori. Invocò anche l'appoggio dell'on. Mussolini e rivolse infine il suo pensiero riconoscente all'Augu-

sta Ispettrice Generale Onoraria, alla Regina Madre ed a tutte le alte protettrici della C. R. I.

Tutti i discorsi pronunciati furono vivamente applauditi.

*
* *

Il marchese Carlo dei principi Centurione-Scotto, d'antica famiglia genovese, nacque nel 1862, a Torino. Egli discende da una famiglia di diplomatici e di ferventi patrioti.

Conseguì una prima laurea in ingegnere al Politecnico di Torino, nel 1885; nel 1886, ne conseguì una seconda di ingegnere elettrotecnico a Liegi.

Ingegno equilibrato ed assetato di sapere, trascorse molti anni all'estero, specialmente in Austria ed in Ungheria, dove completò e rassodò la sua cultura tecnica; e durante questo periodo lavorò intensamente per impianti importantissimi riguardanti la sua specializzazione. Diresse gli impianti elettrici di Buccari, Porto Re, Abbazia, ecc. Nel 1895 rientrò definitivamente in Patria, a Genova, ove, per incarico delle più potenti organizzazioni elettrotecniche di Berlino, aprì uno studio inteso specialmente ad eseguire trasporti, mediante l'elettricità, delle grandi forze idrauliche di cui dispone appunto l'Italia. Vi impresse un incremento poderoso.

Nel 1914, scoppiata la guerra mondiale, abbandonò tutte le cariche che aveva nell'industria che si collegavano all'origine tedesca.

Nel 1915 si iscrisse nel nazionalismo, del quale è rimasto un milite fedele, sempre animato dal sentimento di grande amore per la Patria, ereditato dalla sua famiglia.

Dopo la dichiarazione della guerra contro l'Austria, cominciò a servire la Patria nella sua qualità di ufficiale del Sovrano Militare Ordine di Malta — di cui fin dal 1906 è Cavaliere d'Onore e di Devozione — come Direttore di un treno ospedale dell'Ordine stesso. Fu quindi Delegato dell'Ordine stesso presso l'Intendenza Generale dell'Esercito. Gravi ragioni di famiglia lo determinarono a declinare più tardi l'onorifico incarico, ma, cessate tali ragioni, domandò al Governo di rientrare in zona di guerra per prestare la sua opera, nella sua qualità di ingegnere elettricista. E questo suo voto fu accolto dal Comandante Supremo, gen. Diaz, che lo richiamò in servizio nel giugno del 1918.

Cessata la guerra, la sua attività si è completamente rivolta all'agricoltura, bonificando nel Lazio vaste terre ereditate dalla sua consorte, marchesa Lavaggi, e svolgendo un'attività intensa per redimere, nel più breve termine possibile, quelle lande abbandonate e deserte, che sono state portate così, dal lato del benessere sociale e delle migliorie agricole, ad un grado di civiltà superiore, insolito in quelle regioni, poichè vi è stata istituita perfino una scuola per i figli dei contadini, assistenza religiosa, ecc. ecc.

Egli non è nuovo alla Croce Rossa Italiana, poichè, per alcuni mesi, coprì la carica di Consigliere del Comitato di Roma della C. R. I.

Il suo alto spirito di umanità ha trovato sempre piena espansione in moltissime opere di beneficenza, alle quali, con la sua gentile consorte, — infaticabile benefattrice — ha dato la sua attività feconda.

La sua nomina a Presidente Generale della C. R. I. ha raccolto l'unanime consenso dei suoi numerosi amici ed estimatori, che non invano attendono da lui un più ampio sviluppo della nostra massima Associazione di beneficenza, che consenta di allargare l'assistenza alle popolazioni e specialmente all'infanzia, forza e speranza della Patria.

Noi rivolgiamo il nostro saluto al nuovo Presidente ed alla sua nobile Consorte, che porterà certamente anche essa il contributo della sua gentilezza operosa alla Croce Rossa Italiana.

Biblioteca Medica della Guerra.

Il direttore della Scuola di Sanità Militare, col. med. Giovanni Grixoni, ha diramato la seguente circolare:

« La Scuola di Sanità Militare, pia e devota custode dell'Ara innalzata, con slancio fraterno, dai medici d'Italia ai Colleghi caduti in guerra, si propone di integrare il doveroso omaggio reso ai nostri eroici Morti curando la raccolta della multiforme opera scientifica compiuta dall'intera classe medica italiana durante l'immane conflitto.

Spiccherà in tal modo, sullo sfondo sanguigno della cruentissima lotta, ancor più alta e nobile, la serena figura del medico, circonfusa dalla luce delle idealità più **pure e più sante**: Patria, Umanità, Scienza.

La ricca messe di lavori, che ha chiarito oscuri problemi di biologia, e sconvolto e rinnovato interi campi della medicina, giace disseminata in monografie e riviste, oggi stesso difficilmente accessibili, e domani, in maggioranza, irrimediabilmente disperse e perdute.

Così dovizioso patrimonio, ignorato da molti, e nel quale perciò qualche profittatore affonda furtiva la mano, appropriandosi i tesori di osservazione e di indagine accumulati faticosamente da altri, è doveroso salvare dall'oblio.

La Scuola di Sanità Militare, che per la sua origine e per la sua missione è, se non erro, il luogo più adatto per conservare le opere di medicina nate dalla guerra e per la guerra, si onora invitare tutti i cultori di scienze mediche ed affini a trasmetterle copia dei lavori pubblicati in materia a fine di costituire la « Biblioteca Medica della Guerra ».

Tutte le pubblicazioni, opportunatamente classificate e catalogate, formeranno per tutti gli studiosi un prezioso, unico, completo repertorio di consultazione. Esse inoltre saranno monumento non caduco dell'industre, sapiente operosità del medico italiano, il quale, nemmeno fra i disagi ed i perigli della terribile lotta, ha dimenticato la divina missione di trarre dallo studio attento e dall'esperienza oculata i precetti più atti a debellare le malattie, ad alleviare le sofferenze umane.

XXXI Congresso della Società Italiana di Medicina interna.

Il XXXI Congresso Nazionale della Società di Medicina interna avrà luogo in Roma dal 26 al 29 ottobre.

I temi messi all'ordine del giorno sono:

1° *Le cirrosi epatiche;* relatori: proff. Giuseppe Sabatini e Luigi D'Amato.

2° *La cura del morbo di Flajani-Basedow;* relazione in comune con la Società Italiana di Chirurgia; relatori: prof. Adolfo Ferrata per la parte medica e prof. Paolo Fiori per la parte chirurgica; per la radioterapia vi sarà un relatore a parte.

3° *L'esame funzionale dell'apparato respiratorio*: rivista; relatore: prof. Giovanni Boeri.

Possono partecipare al Congresso tutti i soci ordinari i quali siano in regola col pagamento della quota sociale del 1925, in L. 40. I soci che non fossero al corrente coi pagamenti delle quote arretrate (L. 40 ciascuna), sono obbligati a mettersi in pareggio all'atto del versamento della quota del 1925.

Possono partecipare al Congresso, oltre i soci effettivi, i medici che si iscriveranno quali aderenti pagando la quota dei soci effettivi. Per le signore dei partecipanti al Congresso la quota d'iscrizione è di L. 20.

Le quote sociali si pagano al tesoriere, cav. uff. Luigi Pozzi, via Sistina 14 - Roma.

I soci sono invitati a presentare entro il 15 settembre p. v. il titolo delle loro comunicazioni e, preferibilmente, anche un sunto.

Non si accettano, nè s'iscrivono nel programma dei lavori del Congresso, comunicazioni di soci non in regola coi pagamenti.

Gli aderenti al Congresso che intendono di fare comunicazioni sono tenuti a inviarne il testo non oltre il 15 settembre al segretario del Congresso, prof. Giuseppe Sabatini, presso la R. Clinica Medica, Policlinico Umberto I - Roma.

Entro la prima decade di ottobre verranno inviati i documenti di viaggio per i ribassi ferroviari ed i prospetti per gli alloggi e le pensioni negli alberghi fissati dal Comitato ordinatore.

IV Congresso internazionale di infortunistica e malattie del lavoro.

Nel Congresso di infortunistica e malattie del lavoro che si terrà ad Amsterdam dal 7 al 12 settembre, è assicurato un largo intervento di medici italiani. Il prof. Devoto di Milano rappresenterà il Governo. Invieranno pure rappresentanti il Ministero dell'Economia, le Ferrovie dello Stato, la Cassa Nazionale Assicurazioni Sociali e la Cassa Nazionale Infortuni.

Saranno relatori ufficiali per l'Italia i proff. Pisenti ed S. Diez per l'infortunistica, e i proff. Devoto ed Aiello per le malattie del lavoro.

Saranno presentate comunicazioni, oltre che dai su nominati, dai proff. Giannini, Biondi, Leone Lattes, Cioffi, D'Alessandria, Ranelletti, Fornaca, ecc.

Il nostro giornale pubblicherà un ampio resoconto dell'importante Congresso.

Congresso della stampa medica italiana.

In occasione dei congressi medici che si aduneranno a Roma sulla fine di ottobre, è indetto un Congresso di giornalisti e di editori medici.

L'iniziativa è stata presa dal prof. V. Ascoli quale vice-presidente dell'Associazione Italiana della Stampa Scientifica (Sezione Medica), di cui egli ha assunto la presidenza in seguito alle dimissioni rassegnate dal sen. Sanarelli.

Le iscrizioni sono gratuite.

Inviare i titoli ed i sunti delle comunicazioni entro il 1° ottobre alla segreteria, via Sistina 14 - Roma.

L'Associazione Medica Americana.

Tenne il suo 76° Congresso annuale ad Atlantic City dal 15 al 29 maggio. Vi hanno partecipato circa 5000 medici· un successo che non ha precedenti. I lavori furono ripartiti in numerose Sezioni. Al Congresso era unita un'Esposizione scientifica, di cui facevano parte un grandioso cinematografo, un apparecchio per la trasmissione a distanza delle imagini (elettrocardiografie, ecc.), apparecchi amplificatori dei suoni, ecc.

Congresso sanitario russo.

Si è tenuto a Mosca il Congresso panunionista dei batteriologi, epidemiologi e medici russi. Il convegno ha rilevato la necessità di una ulteriore lotta contro le epidemie, specialmente contro la malaria, ed ha preso in considerazione il risanamento della regione di Rostof, che è ora l'unico focolaio di colera nell'U. R. S. S.

La Società internazionale d'idrologia medica.

Tenne la sua adunanza annua a Parigi, il 20 e 21 aprile; alla presidenza venne chiamato il dott. Gustave Monod di Parigi, che succede al dott. Fortescue Fox.

Il governo della Czecoslovacchia ha invitato la Società a tenere la prossima adunanza in questa Nazione.

III Congresso spagnolo di Pediatria.

Si adunerà a Saragozza nell'ottobre; sarà diviso in quattro sezioni; vi sarà annessa un'Esposizione. Presidente del Comitato organizzatore è il prof. Borobio, decano della Facoltà medica e cattedratico di pediatria all'Università di Saragozza.

XI Congresso internazionale di idrologia e climatologia mediche.

È indetto a Bruxelles dal 10 al 13 ottobre. I colleghi italiani cui interessa questo convegno, possono richiedere il programma e il bollettino d'adesione al segretario generale, dott. R. Beckers, 36, rue Archimède, Bruxelles (Belgio).

Corsi internazionali di perfezionamento medico.

Avranno luogo a Berlino, con la cooperazione della Facoltà medica, durante il mese di ottobre.

Sono previsti:

1) Corsi speciali in tutti i campi della medicina, specialmente nei dominî che presentano interesse d'attualità; saranno corredati di esercizi pratici;

2) Una serie di conferenze, nell'àmbito della medicina interna, con lo scopo di far valere l'utilità dello specialista in casi interni difficili, nei riguardi diagnostci e terapeutici;

3) Un corso di riscontro sistematico dei progressi medicini;

4) Un corso per gli oculisti.

Informazioni e programmi presso l'Ufficio della « Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen », Berlin NW. 6, Luisenplatz 2-4.

Il prof. Fichera.

Il prof. Gaetano Fichera, chiamato dall'Istituto Argentino di Coltura Italiana, tiene a Buenos Aires un corso sul cancro. Ad una conferenza che ebbe luogo il 16 agosto, alla quale assistevano il ministro degli esteri, l'ambasciatore italiano e spiccate notabilità scientifiche argentine, l'illustre studioso sottopose a severa critica le recenti ricerche di Gye e di Barnard sull'eziologia dei tumori maligni. Il prof. Fichera, dopo espletato il suo corso a Buenos Aires, terrà delle conferenze anche a La Plata, Rosario e Montevideo.

Per il prof. Brauer.

Il 1° luglio è stato festeggiato ad Amburgo il prof. Ludolph Brauer, direttore della Clinica Medica e dell'Ospedale Generale Eppendorf di quella città, in occasione del suo 60° compleanno.

La cerimonia si è svolta all'Eppendorf presenti il Senato Accademico, spiccate personalità del mondo medico tedesco e medici stranieri.

Il Brauer si è notoriamente consacrato in specie alla cura della tubercolosi: gli otto padiglioni dell'Eppendorf costituiscono il più completo centro di studi e di applicazioni pratiche esistenti in tale campo; il Brauer ha impresso un poderoso sviluppo alla chirurgia polmonare: per primo ha preconizzato ed attuato la toracoplastica, che si risolve in una forma di collassoterapia, e la cardiolisi; il Brauer è anche ben noto per l'attività spiegata onde allacciare relazioni internazionali nel campo medico.

In onore della signora Curie.

Il 3 giugno la signora Curie ha collocato, in Varsavia, sua patria, la prima pietra dell'Istituto-Ospedale del radium, che la Polonia ha deliberato di erigere come monumento in onore della celebre concittadina.

Fondazione Leonardo Bianchi.

Con decreto 18 marzo 1925 è stata eretta in Ente Morale la Fondazione Leonardo Bianchi, istituita presso l'Università di Napoli destinata a conferire un premio biennale di neuropatologia ed è approvato il relativo statuto. La somma raccolta ammonta a L. 40,000.

Per un Istituto del cancro a Catania.

Il Banco di Sicilia ha elargito lire centomila per l'Istituto del cancro che sorgerà a Catania, ad iniziativa del prof. Citelli, con scopi scientifici ed umanitari; altre somme erano già state raccolte.

Nuova Scuola di Medicina Tropicale a St. Juan.

Per accordi intervenuti tra il Governo di Portorico e la Columbia University, si è aperta una Scuola di Medicina Tropicale a San Juan. Il materiale clinico è fornito dall'ospedale municipale e dall'ospedale presbiteriano, con un totale di 75 letti, e da un dispensario che può fornire circa 4000 malati al mese.

Mostra delle bonifiche.

È stata solennemente inaugurata a Napoli, alla presenza dei ministri Fedele e Giuriati; il discorso inaugurale venne pronunziato dal conte Camillo Valle, presidente della Federazione Nazionale delle Bonifiche.

La mostra occupa, nel viale Elena, una serie di sei ampii padiglioni, nei quali sono raccolti i documenti più caratteristici dell'attività svolta dai bonificatori italiani, sia come privati, sia riuniti in Consorzi.

La Rockefeller Foundation in Bulgaria.

Un rappresentante della Rockefeller Foundation, dott. Slaskar Michael Gunn, recatosi a compiere un'ispezione sulle condizioni sanitarie della Bulgaria, prima di lasciare Sofia ha preso le disposizioni per l'invio di sei medici bulgari negli Stati Uniti, onde compiervi dei corsi di perfezionamento della durata di un anno. I sei medici verranno scelti in esito ad esame e partiranno dalla Bulgaria in settembre.

Beneficenza munifica.

Il conte Felice L'Ora, che già in vita aveva fatto munifiche elargizioni a scopi filantropici e patriottici, ha lasciato, morendo, la somma di 500,000 lire a disposizione dell'on. Mussolini, che interpretando i desideri del generoso oblatore le ha così distribuite: 200,000 all'Ospedale Civico degli Infermi di Biella, 100,000 alla Casa Madre dei Mutilati di Roma, 50,000 alle Opere Federate di Assistenza Romana, 150,000 per altre destinazioni benefiche.

Decimo anno di laurea.

I medici laureati nell'Università di Bologna nell'anno 1915 verso la fine del prossimo ottobre sono invitati a riunirsi per festeggiare il 10° anno della loro laurea a Bologna.

Le adesioni per concretare la data della riunione si prega di indirizzarle al dott. Pasquale Vetuschi, Indipendenza 40, Bologna.

Corso per infermiere a Venezia.

È aperto il concorso ad 8 posti di allieve presso la Scuola Convitto per signorine infermiere presso l'Ospedale Civile di Venezia; la durata del corso è di un biennio; frequentando un corso ulteriore di 1 anno si consegue il diploma di assistente sanitario; età 18-30 anni. Scad. ore 17 del 15 ottobre.

Richiedesi la licenza tecnica o complementare o titoli equipollenti.

Si è spento a 57 anni, in un attacco uremico, il prof. HERMANN BRAUS, di anatomia umana a Würzburg; fino al 1921 aveva insegnato ad Heidelberg; si è molto occupato di anatomia comparata e di embriologia; notevoli sono i suoi studi sugli arti dei vertebrati inferiori; aveva in corso di pubblicazione un trattato di anatomia.

R.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red resp.

ANNO XXXII Roma, 7 Settembre 1925 Fasc. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa. L'AMMINISTRAZIONE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE MEDICA DELL'OSPEDALE « SANTA CHIARA » IN TRENTO.

Sopra un caso di leucemia insorta dopo un grave trauma toracico

per il dott. MARIO MARTINELLI, assistente.

Baldessari Giovanni, di anni 37, da Sopramonte (ammogliato).

Nulla di notevole nel gentilizio, e nessuna malattia degna di nota nell'anamnesi personale. Ha fatto il servizio militare anche durante la guerra sempre in buona salute.

Un mese prima dell'ingresso in ospedale — cioè nel luglio 1924 — lavorando a trasportare legnami fu colpito da un grosso tronco alla regione laterale sinistra del torace con tale violenza da perdere i sensi e dover essere trasportato a casa. Il sanitario chiamato non riscontrò nè frattura di coste nè lesioni interne dimostrabili. Il paziente non ebbe nè vomiti, nè ematuria, nè melena, ma il dolore al fianco persistette e vi si aggiunse pallore e debolezza progressivamente aumentanti. A questa sintomatologia si aggiunse una settimana prima dell'ingresso, dolore ed emorragia gengivale.

È inviato ai 9 agosto all'ospedale per accertamento di diagnosi e per le opportune cure.

Esame obbiettivo al momento dell'ingresso: uomo di costituzione scheletrica regolare, molto pallido. Non si osservano traccie di trauma nella regione toracica laterale sinistra. Invece nella regione del muscolo trapezio di destra si osservano alcune petecchie grandi come una lenticchia, recenti. Ghiandole cervicali, ascellari ed inguinali normali, si palpano i gangli epitrocleari grossi come una nocciola. Lieve edema perimalleolare.

App. circolatorio: cuore in limiti, toni cupi, polso molle, ritmico.

Apparecchio respiratorio: dispnea notevole, nulla di notevole all'esame fisico.

Apparecchio digerente e addome: gengive tumide con punti sanguinanti, addome leggermente meteorico con resistenza diffusa specialmente a sinistra. Non si palpa con evidenza nè fegato nè milza, non è dimostrabile versamento liquido.

Non è presente nell'urina nè albumina, nè zucchero, nè sangue.

Sistema nervoso: nulla di notevole.

Esame del sangue: globuli rossi 1,500,000, globuli bianchi 190,000.

L'esame del preparato colorato dimostra un fortissimo aumento degli elementi della serie leucocitaria in prevalenza sotto forma di cellule a protoplasma basofilo granulato scarsamente con grosso nucleo rotondo o lievemente bollato, elementi perciò identificabili per promielociti, accanto a questi in discreto numero mielociti, in assoluta minoranza polinucleati e linfociti.

Decorso durante la degenza: l'ammalato peggiora rapidamente, aumenta la dispnea, si ha ambascia precordiale, gravi emorragie gengivali.

La morte avviene il 13 agosto.

Reperto necroscopico: Macchie di putrefazione

iniziale nella metà superiore del torace. Cuore ripieno di coaguli, chiazze di emorragia sotto l'epicardio, muscolo cardiaco flaccido, non vizi valvolari.

Polmoni enfisematosi, leggermente iperemici.

Fegato in preda ad intensa degenerazione grassa, con principio di putrefazione.

Milza: enormemente ingrandita (circa 25 cm. di lunghezza) con capsula tesa, molle, friabile in alto grado.

Reni: in degenerazione grassa.

Stomaco ed intestino: chiazze emorragiche sotto la mucosa.

Reperti istologici: Un preparato istologico fu eseguito del fegato; in esso si riscontra, oltre la degenerazione delle cellule, delle infiltrazioni leucocitarie. Un altro preparato fu allestito da una delle ghiandole epitrocleari e mostrò una evidente metaplasia mieloide della ghiandola stessa.

Il caso presenta poco interesse dal lato diagnostico, perchè l'esame del sangue valse a chiarire la malattia come una leucemia mieloide, e ciò confermarono poi « ad abbundandum » i reperti istologici del fegato e delle ghiandole linfatiche. Comunque il caso avrebbe meritato di essere segnalato data la rarità della malattia, specialmente nella nostra regione, ed il naturale interesse che essa appunto desta per la sua rarità. Quello che desta il maggior interesse nel caso in questione, è il quesito della correlazione esistente fra il trauma precedente e la leucemia. Si può in questo caso ammettere il criterio del « post hoc ergo propter hoc » e perciò attribuire al trauma un'importanza eziologica, non fosse altro che determinante un'ultima spinta ad uno squilibrio latente? La casistica e l'esperimento possono rispondere a questi quesiti. Sono molto incerti a questo riguardo, i dati che abbiamo potuto trovare nei trattati principali di medicina interna che sono poi specialmente nei riguardi dell'eziologia delle malattie, specchi di casistica, in quanto il clinico è tratto a giudicare del rapporto fra causa ed effetto, più dalla frequenza con cui questa correlazione si verifica, che da altre considerazioni, lasciando al patologo il compito di dimostrare sperimentalmente il fatto e di indagare il meccanismo.

Parlando dell'eziologia della leucemia, lo Strümpel dichiara che non si può parlare di una certa eziologia, che qualche volta però sembra che influenze traumatiche ne favoriscano la comparsa, e che altrettanto possa dirsi di alcune infezioni acute.

Anche Leube ammette come problematica una eziologia traumatica sotto forma di un forte scuotimento del corpo. Come si vede si è ben lungi dall'avere anche una ben lontana certezza di una interdipendenza fra trauma e leucemia.

A questo punto il caso riveste un interesse anche dal lato infortunistico. Infatti la Cassa Nazionale Infortuni ci richiese di un parere al quale rispondemmo, sulla base degli scritti dei principali autori, prospettando tutta l'incertezza dell'interdipendenza fra trauma e leucemia, e crediamo che la Cassa Nazionale Infortuni abbia negato alla vedova l'indennizzo, non considerando la malattia e quindi la morte come dipendenti dal trauma.

*
* *

Avevamo già lasciato in disparte il caso, quando una comunicazione su un caso di leucemia postraumatica fatta dal dott. Stefanelli alla Società Medico-Chirurgica della Romagna e comparsa sul *Policlinico*, Sez. Prat. del 1925, n. 20, richiamò la nostra attenzione sulla questione e ci indusse ad approfondire le ricerche bibliografiche sull'argomento.

Ci ha infatti assai colpiti il fatto di vedere — in una malattia rara come la leucemia — ripetersi una seconda volta a breve scadenza un caso analogo al nostro e pensammo che il trauma potesse comparire quale causa della leucemia più spesso di quello che si era di primo istante creduto.

Infatti sfogliando la bibliografia delle riviste di quest'ultimo ventennio, abbiamo trovato diversi altri dati interessanti.

Rekzeh della Clinica medica di Berlino, in una comunicazione del 1903 dal titolo « Contributo clinico e sperimentale alla questione delle leucemie » riferisce di sette casi di leucemia, di cui tre sviluppatisi dopo un trauma.

Stempel di Monaco nel 1904, riferendo un caso proprio di leucemia posttraumatica, fa un'esposizione completa dell'argomento, osservando come si tratti quasi sempre di leucemie mieloidi, ed ammettendo diverse possibilità nel meccanismo, di azioni del trauma e cioè:

1) casi in cui la leucemia insorge dopo un trauma ledente direttamente la milza, rispettivamente la regione della milza;

2) casi sviluppatisi in seguito ad uno squotimento generale di tutto il corpo senza una diretta lesione della regione della milza;

3) casi di leucemie dopo lesioni di ossa;

4) casi di leucemie in seguito a gravi perdite di sangue.

Conclude osservando che dai casi noti di leucemia dopo trauma, risulta l'esistenza di un rapporto fra la lesione e la susseguente malattia del sangue la natura e il meccanismo del quale rapporto, le nostre odierne cognizioni non ci permettono di stabilire.

I dati sui casi di leucemia posttraumatica sopra ricordati, inducono a modificare il giudizio primitivo in quanto la percentuale abbastanza notevole di leucemie postraumatiche riscontrata nella letteratura, parla evidentemente per un rapporto fra trauma e lesione, rispettivamente morte, rapporto di cui ignoriamo la vera essenza diretta o indiretta, ma che non è perciò meno impegnativo a termine di legge in materia infortunistica.

Infatti non solo lesioni o morti immediate in seguito ad infortunio cadono a carico dell'assicuratore, ma anche conseguenze sviluppatesi secondariamente, (malattie organiche metatraumatiche fra le quali appunto il Borri pone la leucemia) e perciò anche il giudizio infortunistico va, a nostro parere, modificato.

OSPEDALE CIVICO S. SAVERIO - PALERMO
SEZIONE CHIRURGICA diretta dal prof. E. ARCOLEO

Sul rapporto fra traumi e tumori

per il dott. FRANCESCO SPECIALE, assistente.

L... Atanasio, di anni 33, da Ficarazzi, contadino, entra all'ospedale il 30 dicembre 1924 per affezione all'arto inferiore sinistro.

A. R. Padre morto durante l'epidemia d'influenza; la madre è vivente, ha sei fratelli sani. Ha quattro figli che godono tutti ottima salute.

A. P. Non ha avuto malattie degne di nota, all'infuori dell'attuale che secondo quanto riferisce l'infermo, s'iniziò 18 mesi fa. In tale epoca, mentre lavorava in campagna, riportò un trauma all'articolazione del collo del piede sinistro, per cui fu costretto abbandonare il lavoro e mettersi a completo riposo. Non credette opportuno, malgrado avesse vivo dolore, di consultare un sanitario, sicuro che presto avrebbe potuto ritornare al lavoro. Dopo appena otto giorni, sempre a dire dell'infermo, oltre al dolore, cominciò a notare nel punto colpito dal trauma, una certa pastosità ed un aumento di volume delle parti molli laterali del piede. I movimenti attivi e passivi del piede erano possibili per quanto risvegliassero dolore, che si acuiva quando l'infermo gravava il corpo sull'arto leso. Dopo circa due mesi notò sempre più l'ingrossarsi del collo del piede con ostacolo un po' manifesto alla deambulazione; il dolore non era più come dopo il trauma. Non ha avuto mai febbre nè altre sofferenze. Alvo regolare. Urine normali.

Stato presente generale. — Uomo di costituzione scheletrica e muscolare normale, pannicolo adiposo ben conservato, integro il sistema glandolare linfatico, mucose visibili rosee.

Nulla alla testa, al collo, al torace ed organi in esso contenuti, all'addome e agli arti superiori e all'arto inferiore destro.

Stato presente locale. — All'arto inferiore sinistro e precisamente in corrispondenza dell'estremità distale delle ossa della gamba, si nota una tumefazione che abbraccia a guisa di colletto l'articolazione del collo del piede. Detta tumefazione è più grossa dal lato della tibia (come un limone) mentre dal lato del perone è più piccola (quanto un uovo di pollo), è ricoperta da pelle di colorito normale, non presenta irregolarità nella sua superficie ed è nettamente delimitabile. La palpazione, che riesce dolorosa, dà la sensazione di un corpo di consistenza duro-elastica, non spostabile e fa chiaramente percepire, specialmente in corrispondenza della estremità tibiale, il rumore pergamenaceo del Dupuitren, potendosi deprimere la superficie come se esistesse una cavità chiusa da un rivestimento sottile. I movimenti di flessione e di estensione del piede sono possibili; stentati quelli di lateralità. Battendo fortemente sul calcagno si suscita dolore in corrispondenza della massa descritta.

Negativo l'esame obbiettivo del ginocchio e dell'inguine sinistro. Negativo l'esame delle urine. Reazione Wassermann: negativa.

Esame radiografico. — All'esame radiografico dell'arto si osserva che l'ombra della tibia, dal punto di unione del suo terzo medio col terzo inferiore, sino all'estremità articolare, subisce un enorme ingrandimento. La regione dilatata è piriforme colla parte più larga in basso; i suoi limiti sono costituiti da pareti sottili, lamellari, con contorni netti che si continuano gradatamente con quelli del resto della tibia normale. Detta regione non presenta più la normale configurazione ossea, notandosi invece un'ombra irregolare nelle sue varie parti, con zone più o meno chiare, delimitate da strie scure più o meno arcuate, sì da aversi un aspetto areolare.

L'ombra del perone dà anche essa un aumento di volume dell'osso al suo terzo inferiore e fa notare delle alterazioni a carico della sostanza ossea come quelle su descritte, ma un po' meno marcate. L'articolazione tibio-astragalica è integra. Nessuna lesione a carico delle ossa del tarso.

Ci troviamo quindi di fronte ad un processo che ha invaso l'epifisi distale della tibia e porzione della soprastante diafisi e l'estremità distale del perone; distruggendo la normale struttura ed aumentandone le dimensioni.

È facile escludere un processo flogistico acuto (osteo-mielite) non solo per il decorso, ma per la stessa estensione del processo, per i suoi contorni netti, per la mancanza di reazione periostea, ecc.

Non meno facile riesce l'esclusione di una flogosi cronica, specifica o no. Contro la forma tubercolare sta la mancanza delle caratteristiche zone di rarefazione, l'assenza di ogni reazione articolare che è frequentissima. Contro la forma luetica sta principalmente la mancanza di ogni reazione periostea che suole essere sempre intensa in essa.

Esclusa quindi la possibilità di un processo flogistico, si deve necessariamente pensare ad un processo neoplastico che ha invaso il tessuto spugnoso dell'epifisi della tibia e del perone ed il tessuto midollare di parte della diafisi della tibia stessa. Processo che dà una enorme produzione di tessuto molle (zone più o meno chiare), che distrugge le lamelle ossee, delle quali restano i residui rappresentati dalle strie scure descritte; che ingrossa l'arto e di fronte al quale il periostio non reagisce e la teca ossea esterna si lascia assottigliare o distendere sino a prendere una consistenza lamellare, che continuando il processo, verrebbe sicuramente distrutta, permettendo la

invasione dei tessuti molli da parte della neoformazione.

Di fronte ad un processo così caratterizzato è superfluo attardarsi sulla diagnosi radiologica di neoplasia ossea e con tutta verosimiglianza trattarsi di un sarcoma midollare.

Posta quindi la diagnosi di tumore maligno delle ossa della gamba, si procede all'amputazione circolare al terzo superiore della gamba sinistra. L'esame delle ossa della gamba amputata, fa notare un notevole ingrossamento delle estremità distali, ingrossamento uniforme, regolare, la cui consistenza è molliccia ed in certi punti come di pergamena. Sezionando si nota una massa carnosa, omogenea, di colorito grigiastro che ha sostituito tutto l'osso.

Esame microscopico. — L'esame microscopico del tumore trattato con i comuni metodi di colorazione (ematossilina-eosina, Van Gieson) ha dimostrato trattarsi di un osteosarcoma midollare costituito da elementi cellulari affusati, con nucleo allungato e sparsi irregolarmente. Fra questi elementi si notano delle altre cellule, molto più grosse di forma ora rotondeggiante ora poligonale, provviste di numerosi nuclei irregolarmente disposti nel corpo cellulare. Abbondanti vasi sanguigni.

*
* *

Broca, a proposito di tre casi comunicati da Vitrac di tumori di origine traumatica, ritiene che non esistono delle prove scientifiche sulla genesi dei neoplasmi sotto l'influenza del trauma e che in tutti i casi, il germe del tumore preesisteva probabilmente silenzioso.

Mauclaire crede che bisogna distinguere fra tumore maligno e benigno: un traumatismo è la causa evidente spesso di un osteoma che non bisogna invocare nella causa di un sarcoma.

Kirmisson ammette che un trauma può in molti casi dare una specie di impulso ad un neoplasma latente, per così dire, e che non avrebbe avuto evoluzione senza l'accidente del trauma, e conclude che la parte del traumatismo nella produzione del tumore è notevole.

Magi osserva come non vi sia dubbio che i tumori agenti durante la vita intrauterina, potendo determinare perturbamenti o dislocazioni di cellule o gruppi di cellule, possono farsi punto di partenza di proliferazioni blastomatose

Nota però che il nesso fra traumi agenti durante la vita extrauterina e tumori è sempre oscuro.

Secondo l'A. pare che il trauma agisca risvegliando, per il turbamento nutritivo prodotto sia nel germe embrionale sia forse nei tessuti circostanti che lo isolano e lo tengono in freno, energie proliferative latenti e conducenti alla formazione blastomatosa.

Ed anche Borst che non ammette la genesi da elementi embrionali secondo la teoria di Cohnheim, ammette che questa specie di anomalia cellulare possa essere congenita e che cause esterne, come presumibilmente può essere un trauma, ne provochino o ne facilitino la costituzione. Comunque l'A. nel caso che riferisce, nota che il trauma ha rapporto etiologico in senso di condizione o momento determinante per il tumore.

Virchow per il primo formulò l'ipotesi che per il traumatismo, quale fattore per lo sviluppo di un tumore, ha grande importanza la disposizione locale dei tessuti.

Lustig e Galeotti credono più attendibile l'opinione manifestata da alcuni autori che un trauma di azione rapida e momentanea possa, più che determinare lo sviluppo di un tumore, favorire quello di una neoplasia già esistente, ma rimasta fino allora latente ed occulta. Tralasciando tutte le ipotesi sull'effetto del trauma in rapporto allo sviluppo delle neoplasie, gli autori concludono affermando che il trauma si può considerare allo stato attuale della questione, come la causa occasionale di un tumore e che per l'insorgere di questo debbono intervenire altre cause necessarie, coadiuvate dalle condizioni di disposizione locale nelle cellule che compongono i tessuti.

Secondo Barbacci, volendo prendere in considerazione globale tutte le teorie emesse in fatto di tumori, si potrebbero raccogliere in tre grandi classi: teorie dello stimolo, teorie embrionali e teorie biologiche, a seconda che si parte dal concetto che il tumore sia dovuto o all'azione di uno stimolo, o ad un disturbo dello sviluppo, ovvero ad una modificazione primaria dei caratteri biologici della cellula. La teoria dello stimolo parte dal concetto che la proliferazione blastomatosa sia determinata nella sua essenza da un movente esterno che agisca in forma di stimolo (trauma, irritazioni di ordine fisico, chimico, ecc.).

Pistocchi riporta un caso di neoplasma dello stomaco (sarcoma) in cui i primi disturbi sarebbero insorti come immediata conseguenza di un trauma. L'A. osserva come i casi sicuri di netta dipendenza della neoplasia dal trauma restano sempre ben pochi, malgrado alcune osservazioni di sarcomi, osteomi, ecc., si oppongano abbastanza chiaramente al giudizio di coloro che invocano la semplice accidentalità per lo sviluppo di un tumore sul territorio di una lesione violenta. Crede che il trauma da se solo non basta per lo sviluppo del neoplasma, ma rappresenti una causa occasionale.

Filippi parlando della possibilità di riscontrare tumori in regioni traumatizzate, consiglia di essere sempre cauti nell'ammettere l'assoluta dipendenza, non potendosi escludere la preesistenza del tumore stesso. Bisogna prima di pronunziarsi di accertarne certe fasi di sviluppo e regressive del tumore e vedere se possono essere messe

in accordo con il tempo in cui è avvenuto il traumatismo.

Licini riferisce un caso in cui il tempo trascorso dopo il trauma è stato brevissimo (3-4 giorni), però crede di dovere escludere un nesso etiologico fra trauma e tumore, ritenendo che il trauma agì come semplice fatto meccanico e non etiologico, accelerando forse quello che avrebbe fatto il tumore stesso. La conferma poi della nessuna dipendenza fra trauma e tumore l'ha avuta dall'esame isto-patologico, ove notò che i fatti di metamorfosi regressiva dimostravano che il neoplasma esisteva da molto tempo. L'A. quindi insiste sulla necessità dell'esame istologico, specie nei riguardi di persone che avanzano pretese di infortunio.

***

Dai casi riferiti sul rapporto fra trauma e tumore, si osserva subito come questo argomento sia stato oggetto in questi ultimi anni di larghe e ripetute ricerche e come gli autori siano arrivati alle più discordi conclusioni.

È molto difficile potere stabilire con assoluta certezza che lo sviluppo del neoplasma sia iniziato subito dopo il trauma e solamente per questo o che l'insulto meccanico abbia agito affrettando il decorso di un tumore preesistente.

L'intervallo di tempo fra l'insulto meccanico e lo sviluppo del tumore è stato per alcuni la base per spiegare il nesso fra trauma e tumore. Infatti la maggior parte degli autori asserisce che il dato più importante è la comparsa del tumore non molto tempo dopo il trauma.

Nel mio caso pur dovendo escludere la ereditarietà; pur non essendo l'infermo un assicurato e come tale non ha nessuno interesse ad occultare qualsiasi disturbo anche leggero che esistesse prima del trauma, e pur essendo iniziati i disturbi poco dopo l'insulto meccanico, non credo di potere ammettere l'assoluta dipendenza della neoplasia dal trauma, mancando una prova scientifica.

Il trauma è stato la causa occasionale al risveglio del germe che con verosimiglianza preesisteva silenzioso.

BIBLIOGRAFIA.

BARBACCI. I tumori, 1915.
LICINI. *Sui rapporti fra traumi e tumori*. Policlinico, Sez. prat., 1923.
LUSTIG-GALEOTTI. Patologia Generale, III edizione.
MAGI. *Sarcomi consecutivi a traumi*. Policlinico, Sez. prat., 1920.
PISTOCCHI. *Sarcoma primitivo dello stomaco e trauma. Genesi traumatica dei tumori*. Policlinico, Sez. chir., 1923.
Presse médicale, 1918, Soc. de Chirurgie.
PICK. *Zur traumatische Genese der Sarkome*. Med. Klin., 1921.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

I dati clinici e sperimentali della nefrite reumatica.

Dott. VITTORIO VANNI, assistente.

È noto come la nefrite reumatica rappresenti una complicanza piuttosto rara del reumatismo articolare acuto; alcuni Autori (Besnier, Hemolle), ammettono solo lievi alterazioni renali, altri (Chéron e De Saint Germain) hanno descritto casi di nefrite grave in cui l'albuminuria comparve nel corso della malattia, coincidente con gravi complicazioni viscerali, alcune volte accompagnata da emoglobinuria e da edemi generalizzati.

La natura reumatica di tali nefriti è ancora oggetto di discussioni; secondo alcuni AA. la nefrite rappresenterebbe la conseguenza di piccoli infarti renali, poichè essa coinciderebbe quasi sempre con delle lesioni cardiache. Rayer invece ammette l'esistenza di una vera e propria nefrite reumatica, in quanto che esistono casi in cui complicazioni renali accompagnate da ematuria cedono rapidamente a un intenso trattamento salicilico.

Vogliamo a questo proposito riferire intorno ad un caso clinico e ad alcuni dati sperimentali:

Si tratta di un individuo giovane (M. S., anni 25), da Roma) il quale, senza precedenti morbosi, ammalò di angina nel novembre 1924, accompagnata da modica elevazione termica, e a venti giorni di distanza fu quasi improvvisamente colto da vivi dolori a carattere lacerante ai muscoli degli arti inferiori, alle articolazioni tibio-tarsiche, alle articolazioni degli arti superiori e alle masse muscolari di essi; riassumiamo qui brevemente i dati obiettivi presentati dall'ammalato all'epoca dell'ingresso nell'Istituto di Patologia Medica di Roma.

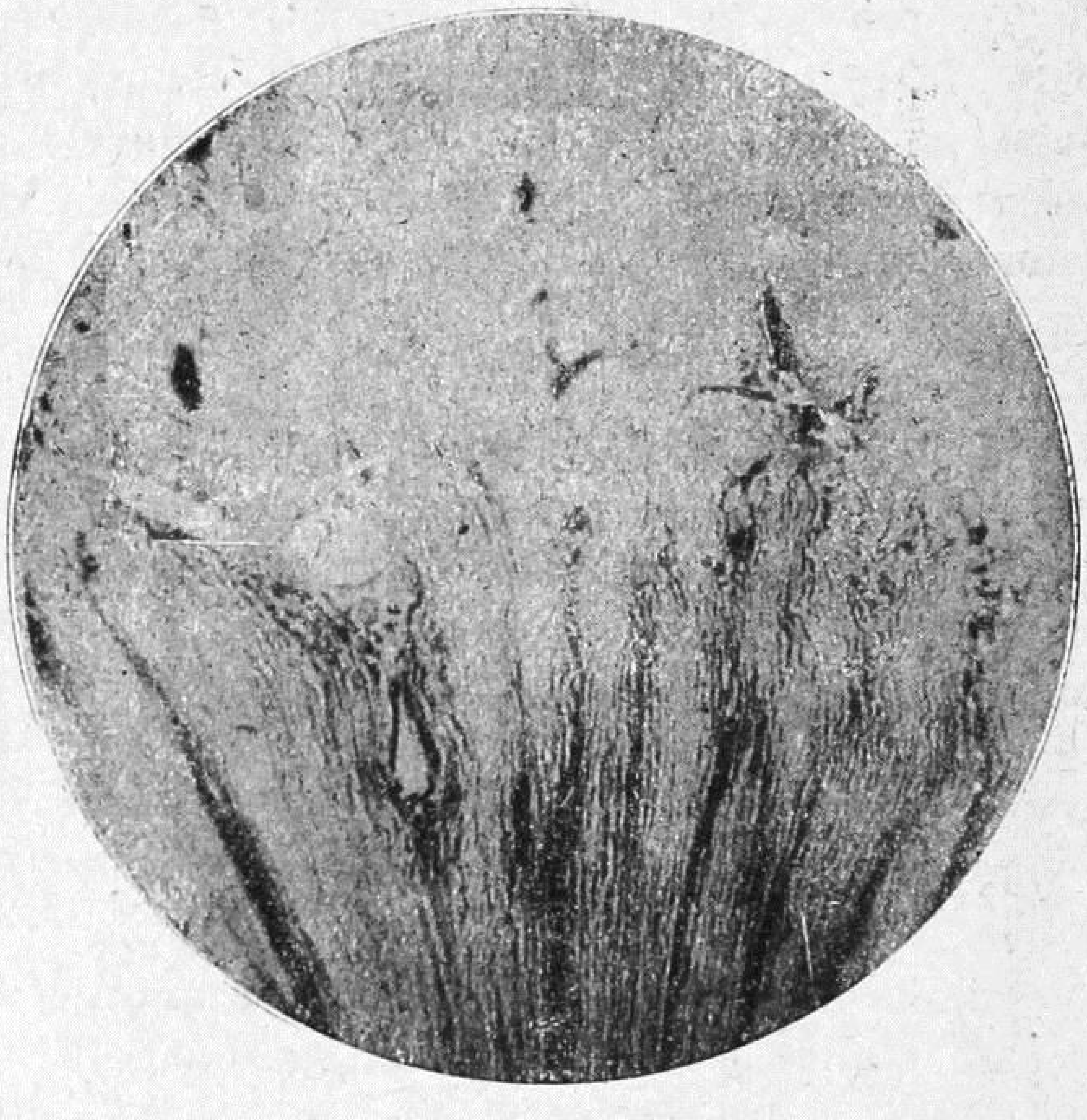
Condizioni generali depresse, decubito supino obbligato (causato dalle artralgie). Facies di colorito pallido. Lieve cianosi pallida delle mucose. Quasi tutte le articolazioni sono dolenti e i loro movimenti sono più o meno limitati; non turgore nè alterazioni obbiettive di esse. Dolente la pressione delle masse muscolari, specie quella in prossimità dei gomiti e delle ginocchia.

Temperatura 38° al momento dell'esame. Polso radiale ritmico ampio, a media pressione.

Nulla a carico dell'apparato respiratorio, come pure del cuore; lieve pulsazione delle arterie periferiche. Addome meteorico, fegato palpabile

mezzo dito sotto l'arco; il limite superiore dell'ottusità è normale. Milza non ingrandita. L'esame delle orine dà i seguenti risultati · colorito rossastro, densità 1017 (a 15°) albumina 1 per mille, presenza di pigmento ematico chimicamente dimostrabile e di numerosissime emazie nel sedimento centrifugato: scarsi cilindri granulosi.

L'esame del sangue dimostra aumento delle piastrine e i segni di una anemia secondaria. L'emocultura è negativa (praticata tre volte a distanza di tempo l'una dall'altra) così pure sono negative le siero-diagnosi di Wassermann, Hecht e Jacobstal; circa la funzionalità renale viene eseguita la prova della diluizione e nella stessa giornata, quella della concentrazione. Mentre il potere di diluizione del rene appare indisturbato, si trova leso invece quello di concentrazione. I risultati della azotemia e della pressione arteriosa (al Riva-Rocci) sono rispettivamente 0.51 per mille, Mx. 115, Mn. 65.



Infezione reumatica sperimentale (coniglio).
Glomerulo-nefrite emorragica, emorragie nei tubuli retti e intensa iniezione vasale (microfotografia).

Non trattandosi di pseudoreumatismo infettivo (specialmente streptococcico, con cui si sarebbe potuta spiegare l'insorgenza di glomerulo-nefrite acuta) dati, come si è visto, gli esami di laboratorio negativi al riguardo, si procedè al trattamento salicilico, non rimanendo che la diagnosi di esclusione di reumatismo articolare acuto; diremo brevemente infatti come non solo i fenomeni generali e locali (febbre, dolori articolari), scomparvero, ma anche la lesione renale venne ad essere rapidamente modificata in guarigione dalla cura salicilica (ristabilimento del potere di concentrazione, scomparsa dell'albumina, del pigmento ematico, della ematuria microscopica, ecc.).

* * *

In altro lavoro ho avuto già occasione di descrivere le lesioni che si osservano nella infezione reumatica sperimentale del coniglio e della cavia mediante inoculazione di sangue di ammalati di reumatismo articolare acuto in periodo iperpiretico (1) e come, in tali animali, sia dato di osservare spesso glomerulonefrite emorragica, qualche volta congiunta ad atrofia e degenerazione dell'epitelio dei tubuli contorti, con parziale scomparsa dei nuclei; ma la nota fondamentale è rappresentata dalle emorragie che non è raro osservare, in seguito a concomitanti lesioni vasali, anche in altri organi, per cui si stabilisce una specie di porpora reumatica degli organi interni. Sottoponendo gli animali da esperimento (cavia, coniglio), a trattamento salicilico ottenuto per via rettale con microclismi di soluzione di salicilato di sodio, tali lesioni emorragiche del rene non si verificano mai o in minima parte.

In base a tali osservazioni si può concludere che esistono nell'uomo lesioni renali ad etiologia reumatica, nettamente emandabili col trattamento salicilico, che in date condizioni possono rivestire la forma di una vera e propria glomerulo-nefrite acuta emorragica.

I miei più vivi ringraziamenti al prof. A. Zeri, Direttore dell'Istituto, per i consigli prodigati nello studio dell'argomento.

BIBLIOGRAFIA.

B. De Vecchi. *Il Reumatismo articolare acuto*, in Lustig: *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Milano, Vallardi, 1924.

L. Giroux. *Les Rhumatismes aigus.* Bajllière, Paris, 1923.

---

(1) Vanni. *Ricerche sul reumatismo articolare acuto.* Rivista Ospedaliera, n. 2, 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

IMMUNOLOGIA - VACCINI E SIERI.

Nuove vedute sull'anafilassi.

Da tempo, la questione dell'anafilassi appassiona i ricercatori, che tentano di trovare una spiegazione soddisfacente al curioso fenomeno, di cui l'essenza ci rimane inafferrabile. Un recente lavoro di A. Scala (1), di questo scienziato che lavora nel silenzio, con originalità di vedute, attorno a quei problemi colloidali in cui sembra racchiuso il mistero dei fenomeni vitali, investe largamente tutta la questione, che viene da lui affrontata nella sua complessità; partendo dalle osservazioni fatte sulla radioanafilassi, egli considera l'anafilassi da un nuovo punto di vista che sembra meglio rispondente alla realtà dei fatti.

Fin dai primi anni di applicazione dei raggi X, sono stati osservati in alcuni individui disturbi di vario genere, sia solamente locali, sotto forma di radiodermiti, sia generali, come nausee, vomiti, diarree, spossatezza e perfino casi di morte. Si cita anche il caso di un costruttore di apparecchi radiologici, il quale, dopo un'operazione chirurgica, divenne verso i raggi X, dapprima indifferentissimi per lui, tanto sensibile che qualunque apparecchio messo in funzione anche a distanza ed a sua insaputa era causa di sofferenze inaudite.

È questo un vero fenomeno di sensibilizzazione a cui fanno riscontro, del resto, le radiodermiti che si osservano in individui dapprima esposti al sole e poi radiografati; si ha, cioè, un vero ictus del tutto simile a quello dell'anafilassi ordinaria e che si traduce, come in quella, con piccole alterazioni sanguigne e tessulari, sufficienti a provocare disturbi gravi ed anche la morte. Quello però che maggiormente colpisce nella radioanafilassi è la mancanza di un antigene sotto forma di materia tangibile, mentre basta, a provocare lo stato in questione, una semplice ondulazione, un movimento dell'etere cosmico od un urto di elettroni. È per tale osservazione che si dimostrano insostenibili le ipotesi che attribuiscono i fenomeni anafilattici alla formazione di speciali sostanze o di speciali appendici cellulari che, staccandosi in una sola volta, sarebbero causa dell'ictus per floculazioni o coagulazioni. Quelle ipotesi, cioè, secondo le quali, alla sostanza colloide inoculata, se ne contrappone un'altra, di nuova formazione oppure l'anticorpo; altrimenti si dovrebbe ricorrere a due ipotesi diverse per spiegare fatti di cui l'analogia appare evidente.

L'A. ha invece emesso fin dal 1922 (cfr. *Annali d'igiene*) un'altra ipotesi secondo cui la carica anafilattica altro non sarebbe che una carica di acidi minerali combinati, con legame colloidale, ai tessuti dell'organismo. La scarica potrebbe essere determinata da una di quelle azioni infinitesime di cui nessuno ha potuto finora penetrare il meccanismo; ad essa l'organismo e le sue parti più delicate resistono male o non resistono affatto e da ciò i disturbi e la morte con il quadro dell'anafilassi. L'ipotesi ha ora ricevuto l'appoggio di fatti nuovi ed è la sola che possa spiegare l'anafilassi per raggi X. Lo stesso A. ha dimostrato che i raggi X provocano la liberazione di acidi o di alcali per idrolisi dei complessi colloidali dei tessuti dell'organismo vivente. Si ha, in primo tempo, la liberazione di acidi, perchè gli anioni si distaccano dai complessi e si idrolizzano più facilmente che non i cationi i quali, in secondo tempo, danno alcali liberi quando si prolunga l'azione dei raggi e quando gli anioni, mobilissimi, siano stati per intero eliminati.

Ora, se lo stato anafilattico non è altro che una carica acida che, per cause anche minime, si va lentamente e subdolamente formando ed ingrandendo, i raggi X, le radiazioni consimili e quelle solari devono funzionare da agenti anafilattizzanti appunto perchè (non diversamente dalle sostanze colloidi che penetrano inalterate nell'organismo) agiscono liberando dai complessi colloidali degli acidi, i quali non si eliminano, ma si fissano nei tessuti in forma di joni formando complessi che si decompongono per le cause anzidette e liberano acidi lentamente intossicando l'organismo o tutto in una volta producendo la scarica anafilattica. Si spiegano così il deperimento degli animali irradiati a lungo, l'albuminuria (per la prima volta osservata dall'A.) ed i sintomi clinici più importanti; tutti fenomeni che stanno ad indicare un'intossicazione acuta che si confonde, per i sintomi, con la intossicazione acida.

Se viene così spiegata la carica, rimane però tuttora inesplicata la scarica anafilattica o scarica acida, non tanto per i suoi effetti deleteri che sono quelli degli acidi che si liberano, ma per il modo strano nel quale essa avviene. Invero tutte le reazioni colloidali danno spesso questa impressione di stranezza ed è naturale che la dia anche l'anafilassi che in esse rientra. Per la scarica anafilattica però sembra giunto il tempo in cui si può intravedere il meccanismo con cui si

(1) A. SCALA. *La radioanafilassi*. Annali d'igiene, 1925, n. 2. Nelle ultime annate dello stesso periodico si trovano altri lavori dello stesso A., sull'argomento.

produce, basandosi sui fenomeni di attrazione degli joni negativi da parte della materia e sulla reversibilità delle combinazioni joniche nei colloidi: sono appunto questa reversibilità e la instabilità delle cariche che rendono possibile la vita nelle sue molteplici manifestazioni.

Le membrane ed i colloidi che hanno carica negativa e che, per azione degli acidi (a concentrazione conveniente ed alla dipendenza del nucleo micellare) possono assumere carica positiva, si trovano dunque in uno stato di equilibrio precario. Basta una minima variazione in uno dei fattori di tale equilibrio (p. es., nella concentrazione degli idrogenioni) perchè la carica del colloide si inverta e si ritorni alla primitiva carica negativa, ovvero alla stabilità duratura. È appunto in tale momento che si produce la scarica anafilattica; si ha cioè una grande perturbazione jonica nella quale si compiono idrolisi immediate ed abbondanti; gli anioni negativi si trasformano in acidi veri e propri che rendono impossibile la vita.

Gli stessi effetti sono prodotti dalla inoculazione di un antigene o dalle diverse radiazioni, con la decomposizione dei complessi, la messa in libertà di acidi minerali che, agendo sui colloidi tessulari, elettricamente negativi, si combinano con essi diventando positivi e rimanendo in tale stato fino a che perdurino le cause che hanno prodotto il cambiamento e che mantengono l'equilibrio raggiunto. In questo momento, basta l'aggiunta, sia pura minima, di un acido o di un alcali, per portare la carica al suo punto isoelettrico non ancora raggiunto od oltrepassato, ed avere l'inversione del segno e la scarica. Entrambi queste aggiunte possono verificarsi, in quanto che le inoculazioni di antigeni ed i raggi X tendono ad acidificare quando agiscono sui complessi fisiologici o normali e tendono invece ad alcalinizzare quando agiscono su complessi spossati da forze decomponenti.

fil.

Le anatossine.

(G. RAMON. *Paris médical*, dic. 1924).

Corpi nocivi come le tossine difteriche o tetaniche, o come i comuni veleni, trasformati in prodotti inoffensivi dotati di un alto potere immunizzante facilmente dosabile mediante una reazione *in vitro*, e utilizzabili nella terapia preventiva e curativa di alcune malattie dell'uomo e degli animali: ecco ciò che Ramon ha indicato col nome di « anatossine ».

Comunemente le varie tossine impiegate per la immunizzazione degli animali produttori di antitossine, sono sottoposte all'azione di agenti fisici (calore, radiazioni luminose, ecc.), o chimici (ossigeno, acidi, alcali, soluzioni iodate, ecc.), per attenuarne il potere nocivo. Però se ciò si ottiene, anche il potere immunizzante è indebolito e reso incerto.

Intanto è possibile, grazie alla reazione di flocculazione, eseguita con la tecnica stabilita da Ramon per il dosaggio delle antitossine, valutare il potere antigene delle tossine. Se si fa una serie di miscele di tossina difterica e di siero antidifterico, di cui si conosce potere e titolo, si osserva nelle provette opalescenza e poi flocculazione sempre più netta. La flocculazione, a un esame attento, compare dapprima in *una* delle provette: dove cioè la tossina e l'antitossina si sono neutralizzate il più esattamente possibile. Partendo da questa constatazione è facile comprendere come è possibile valutare uno dei componenti conoscendo l'altro. Per ciò che riguarda la tossina difterica, il suo valore può essere espresso in funzione della quantità di antitossina necessaria alla saturazione, e che per ciò provoca la comparsa della flocculazione iniziale in una serie di miscele costituite da una quantità fissa di tossine e da volumi variabili di siero.

Così in una tossina come la difterica bisogna considerare oltre che il potere tossico ed il potere antigene, il *potere flocculante*. Numerosi saggi sui cavalli hanno mostrato che il potere antigene non dipende dal potere tossico « attuale », cioè dal numero delle « dosi mortali » iniettate, ma è proporzionato al potere flocculante che possiede la tossina al momento in cui viene iniettata. Le ricerche sulla tossina difterica hanno permesso di constatare che l'aggiunta di sostanze chimiche come l'aldeide formica, e l'azione prolungata di una temperatura di 40° determina una diminuzione del potere nocivo, lasciando immutati anche per molti mesi il potere flocculante, e il potere immunizzante. Questo prodotto che ha perduto il potere soltanto nocivo della tossina da cui deriva è l'anatossina.

L'anatossina difterica oltre al suo potere immunizzante, ed alla sua innocuità, è dotata di proprietà fisiche speciali che ne fanno un vero corpo nuovo: è più resistente, al calore ed agli agenti distruttori in generale, della tossina da cui deriva, e non perde quasi nulla del suo potere anche dopo lunga conservazione in ghiaccio, alla temperatura ordinaria, al coperto o esposta all'aria.

Analogamente a quella difterica, altre tossine come la tetanica, la anaerobica, la botulinica, e perfino tossine vegetali come l'abrina, e veleni come quello del cobra, possono essere trasformati con un processo similare, in prodotti che sono

atossici e tuttavia conservano il loro potere antigene, permettendo numerose applicazioni pratiche. Così è stato possibile ottenere coll'uso delle anatossine nella preparazione dei sieri antitossici destinati alla immunizzazione passiva degli uomini e degli animali una grande economia di tempo e di materiale antigene, senza rischi di accidenti negli animali che sopportano bene tale trattamento, e sieri di alto potere.

La facilità con cui le anatossine immunizzano gli animali da laboratorio ha fatto pensare di utilizzarle per la prevenzione di alcune malattie degli animali domestici. Sicuramente l'anatossina tetanica potrà sostituire con vantaggio il siero in numerosi casi (interventi chirurgici, protezione dei piccoli dal tetano di origine ombelicale, vaccinazione antitetanica nei luoghi infetti) determinando una immunità attiva molto più solida e durevole di quella passiva ottenuta col siero.

In modo analogo si potranno usare le antitossine dei vibrioni settici e di altri anaerobi. Nell'uomo i saggi eseguiti con l'anatossina difterica dimostrano che in linea generale è possibile con due iniezioni di anatossina (cmc. 0,50 e cmc. 1) fatte alla distanza di una ventina di giorni, ottenere un grado di immunità che è indicato dalla trasformazione in reazioni di Schick negative di reazioni che erano positive immediatamente prima delle iniezioni di anatossina. La immunità conferita in questo modo non dovrebbe essere, logicamente, meno duratura di quella ottenuta spontaneamente, che in generale è giudicata solida e spesso per tutta la vita, secondo la grande esperienza degli autori americani. In tal caso il metodo largamente applicato farebbe fare un grande passo alla profilassi della difterite.

Si è provata l'anatossina difterica anche nel trattamento terapeutico della malattia sia per ottenere la scomparsa dei germi, sia per evitare complicazioni tardive.

L'anatossina tetanica si mostra inoffensiva nell'uomo, e se ancora non si può dire se sia sostituibile al siero nel caso di ferite sporche, dato che non si conosce ancora bene la rapidità di comparsa dell'immunità così provocata, si può essere persuasi dell'utile impiego per l'immunizzazione di soldati all'inizio di una campagna. E forse come per la difterite si potrà trarre profitto nel tetano dichiarato dall'uso dell'anatossina, da sola o associata al siero.

Queste applicazioni delle anatossine che sono state o che saranno fatte in seguito, potranno costituire un capitolo nuovo di terapia la cui importanza sarà detta dall'avvenire.

A. PICCINELLI.

Sull'autoemoterapia.

(I. VORSCHÜTZ. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. 133, pagina 509, 1924).

In un articolo denso di concetti, ma povero di parole, Vorschütz espone i risultati di alcune ricerche cliniche sull'autoemoterapia. Egli dice che nel sangue penetra un agente nocivo, sia sotto forma di tossina, che di infezione, si assiste ad una produzione di globuline. Mentre normalmente il rapporto tra albumine e globuline è di 64:136 %, nelle affezioni infiammatorie acute si può giungere ad una inversione della formula, anzi ad una massima prevalenza delle seconde sulle prime. Questa proprietà del sangue viene esaltata con l'iniezione di corpi proteici (caseosan) ma anche meglio con quelle di sangue proprio.

Difatti con l'iniezione di sangue proprio, tolto dalle vene e divenuto quindi come un elemento estraneo del sangue stesso, introduciamo nell'organismo insieme ai batteri e tossine, anche gli anticorpi di natura strettamente specifica. In questo modo da un lato si provocano le produzioni di antitossine, e si determina un'immunità attiva, dall'altra introducendo degli anticorpi già pronti si effettua un'immunità passiva. Per comprendere quale delle due forme di immunità prevalga, dobbiamo ricordare alcuni studi di Ruppel, il quale riuscì a scomporre per via elettrolitica, le globuline. In questo modo fu dimostrato come nelle trasformazioni delle albumine in emoglobuline si passi attraverso una fase della durata di 3 giorni di pseudoglobuline, portatrici di antitossine. Le globuline invece hanno proprietà agglutinanti, sono capaci di deviare il complemento, ma non possiedono una percentuale di antitossine maggiore del 15 %. Iniettando quindi il sangue nei primi tre giorni, veniamo a istituire un'immunità passiva, mentre non possiamo contare sull'evidenza della reazione agglutinante che dopo 8-12 giorni, in cui è completa la trasformazione delle pseudo-globuline in emoglobuline. Ma da questo ne scaturisce la necessità di iniziare la cura precocemente nei primissimi giorni per utilizzare nel massimo grado la presenza di pseudo-globuline, che è legata all'azione di anticorpi.

Tuttavia oltre queste proprietà specifiche, il sangue contiene anche delle proprietà che da vari autori sono state considerate diversamente e che si manifestano con la deviazione verso sinistra del quadro ematologico, nel senso di Arnet: leucopenia. Ma l'elemento più importante della lotta contro l'infezione è rappresentato dalla quantità di globulina direttamente proporzionale

a quelle delle tossine e di cui può disporre il sangue e che dipendono dalla trasformazione delle albumine. Ora, con la iniezione di sangue si viene ad aumentare la produzione di globuline, da ciò la loro importanza terapeutica. D'altra parte anche il tessuto mesenchimale della milza e del fegato reagiscono con la produzione di nuove cellule.

Un'influenza straordinaria esercita l'autotrasfusione sul sistema nervoso vegetativo. I sintomi possono variare dai minimi irritativi a quelli dello shock più pauroso. O durante l'iniezione di sangue defibrinato o poco dopo si manifesta arrossamento della faccia, palpitazioni di cuore, senso di angoscia.

Un'influenza spiccata viene risentita dai nervi motori della muscolatura intestinale. Questa azione sul sistema nervoso vegetativo è legata intimamente alla presenza di prodotti di disfacimento dei globuli rossi e degli altri componenti sanguigni e ad una influenza sulle condizioni osmotiche fisico, chimico e cellulari. Ora durante la malattia il contenuto di albumina cellulare, varia, aumenta o diminuisce a seconda le diverse affezioni ma certo perde il suo equilibrio normale che si aggira su una media del 30 %. Cade al disotto della norma nelle flogosi, risale nei tumori e nell'anemia perniciosa. Perciò qualunque sia l'azione di qualsiasi rimedio essa deve tendere anche al ristabilimento di questo rapporto cellulare. Ed è appunto il compito della proteino-terapia.

La tecnica dell'autoemotrasfusione è semplice: dapprima era preferito il prelevamento di 30-50 cmc. di sangue da una vena e la sua iniezione immediata nelle masse muscolari dei glutei. Ma poi si è dimostrato preferibile l'uso di sangue defibrinato perchè più efficace nella quantità iniziale di 2 cmc. aumentato man mano fino a 12 cmc. nelle iniezioni successive praticate a giorni alterni o quotidianamente, avendo cura in queste di aggiungere al nuovo un po' di sangue vecchio conservato sterilmente. Quando insorgono fenomeni minacciosi, bisogna sospendere l'iniezione per 2, 5 minuti e poi riprenderla lentissimamente. Qualche volta, nei malati assai deperiti, si assiste ad una fase negativa legata alla incapacità dell'organismo di fabbricare antitossine e proporzionale alla somministrazione di un eccesso di antigene. Clinicamente si osserva un rallentamento nella guarigione e una diminuzione dell'agglutinazione.

I risultati sono quanto mai confortanti: nelle bronchiti e polmoniti post-operatorie basta una semplice iniezione di 50 cmc. di sangue per determinare una miglioria cospicua; così nei foruncoli e favi in cui si riesce ad avere ragione rapidamente dell'affezione. Buoni risultati si vantano anche nella gonorrea acuta, nelle ulcere delle gambe. Risultati negativi nella epilessia e nei tumori. Questo metodo quindi provato in ben 196 casi con un numero grande di risultati ottimi va adunque provato su larga scala onde vedere se le speranze cui dà adito si mantengono confermate.

E. M.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

La bronchite cronica.

(E. O. OTIS. *Boston med. and surg. journal*, 14 maggio 1925).

Può essere soggetto di controversia il decidere se la bronchite cronica sia o meno un'entità clinica, ma è un fatto che essa costituisce spesso un sintomo predominante, sicchè per scopi clinici essa può essere considerata in realtà una malattia a sè. Sul tempo da cui deve durare una bronchite per essere considerata come cronica, non vi è un accordo assoluto, ma si può ritenere che una tosse bronchitica che dura da 5-6 settimane va ritenuta come cronica oppure come sintoma di un'altra malattia. Questo può osservarsi incidentalmente in diverse infezioni (tifoide, influenza, sifilide, ecc.) oppure in persone di età avanzata con alterazioni degenerative del cuore, dei polmoni, dei reni. In entrambi i casi, la bronchite cronica assume spesso l'importanza predominante e diventa la vera malattia che richiede per sè stessa il trattamento.

Talora la bronchite cronica maschera la malattia che la produce. Se, p. es., si esaminasse lo sputo di tutte le persone di età con tosse cronica, si troverebbe che spesso questa è dovuta a tubercolosi; non pochi bambini sono stati così infettati dalla nonna o dalla vecchia domestica tubercolotica.

Secondo Babcock, la bronchite cronica va divisa in due categorie, l'una dovuta a qualche germe patogeno specifico, l'altra invece risultante dalla frequente ripetizione di una comune tracheobronchite che si sviluppa insidiosamente e può essere considerata come un'infiammazione non specifica delle vie aeree.

Nella prima categoria, la malattia specifica può scomparire e rimane poi la condizione di bronchite cronica, come malattia a sè. Si trova in tali casi una lieve diminuzione della risonanza alla base di un polmone ed un numero variabile di rantoli mucosi a medie bolle. Può darsi che si tratti di una bronchite localizzata, ma non è da escludersi che si abbia invece a che fare con un vecchio focolaio di broncopolmonite, quella che Niemayer chiamava bronchite capillare. L'A. cita

il caso di un paziente che era stato ricoverato in ospedale per un'affezione broncopolmonare e ne era stato rilasciato con diagnosi di tubercolosi, probabilmente per la Pirquet positiva, consigliandogli il ricovero in sanatorio. All'esame l'A. trovò appunto una zona di rantoli umidi alla base di un polmone e null'altro; escluse la tubercolosi e potè vedere che il paziente guarì in tre mesi, dopo i quali era altresì scomparsa la zona dei rantoli. Un segno analogo può in verità trovarsi anche nella bronchiectasia, in cui però si hanno anche altri sintomi e la radiografia mostra la caratteristica forma a grappolo.

Nella seconda categoria, delle bronchiti non specifiche, possono essere incluse quelle che si trovano nelle persone di età avanzata che hanno alterazioni degenerative oppure in individui esposti all'umidità o a cambiamenti di temperatura; in altri casi si trovano come fattori etiologici polveri di varia specie o vapori irritanti. Le bronchiti croniche risultanti da frequenti attacchi di tracheobronchite debbono essere accuratamente investigate perchè non capiti la brutta sorpresa di vedere comparire una forma tubercolare. Ogni tosse ostinata va accuratamente studiata nella sua etiologia e nelle sue manifestazioni, con l'esame fisico e la ricerca batteriologica dello sputo.

All'esame fisico, nelle bronchiti croniche, si trova di solito il torace pieno di rantoli sonori e sibilanti, talora anche di quelli secchi; ad intervalli l'ascoltazione è del tutto negativa, come accade nell'asma. I segni sono generalmente bilaterali, ma talora anche unilaterali. Praticamente si trova sempre dell'enfisema, in quanto che non è possibile che un individuo tossisca per mesi ed anni senza che ne soffrano i tessuti elastici del polmone; questa complicazione aggiunge la dispnea al corteo dei sintomi. Col tempo finisce col soffrirne anche il miocardio, per cui si ha dilatazione del ventricolo destro e quindi una nuova causa di dispnea.

La batteriologia di queste forme non specifiche non mostra nessun germe prevalente, sebbene in qualche caso si sia trovato una coltura quasi pura di bacilli dell'influenza. Poco o punto si può dire della radiologia di queste forme ed è tuttora incerto il significato del così detto inspessimento peribronchiale.

Vi sono poi altre condizioni che possono dare come sintoma predominante la bronchite cronica e cioè: i tumori endotoracici, senza segni di localizzazione, in cui si ascoltano soltanto dei rantoli, i corpi estranei nelle vie aeree, la pneumoconoisi, l'empiema cronico, l'aneurisma dell'aorta, le condizioni artritiche, la gotta. La diagnosi differenziale in alcune di queste forme può essere difficile e va condotta con precisione ed accuratezza.

Trattamento. Evidentemente il primo passo deve consistere nella ricerca della causa ed, in secondo tempo, nel migliorare i sintomi incomodi. Innumerevoli metodi e medicine sono stati tentati con vario successo. Nelle persone anziane può essere utile il soggiorno in un clima mite che, in qualche caso, può farsi anche artificialmente nell'abitazione; vi sono dei vecchi contadini in Inghilterra che, all'inizio dell'inverno, si cacciano in letto e vi rimangono fino alla buona stagione.

Sull'uso dei vaccini, l'A. dichiara di non avere esperienza, ma ritiene che possano portare qualche giovamento soltanto nelle forme specifiche; il cloro, convenientemente diluito nell'aria, può essere utile nella coriza, ma non farebbe che eccitare od aggravare una tracheo-bronchite.

FILIPPINI.

Le cure chirurgiche della tbc. polmonare.

(MORRISTON DAVIES. *The Britsh medical Journal*, dicembre 1924).

Il pneumotorace artificiale rappresentava fino a circa 10 anni fa l'unica cura chirurgica della tbc. polmonare, mentre oggi esiste tutta una serie di metodi di cura chirurgica affatto lievi e non esenti da pericoli ma che debbono essere conosciuti dalla maggioranza dei medici.

1) *Pneumotorace artificiale e taglio delle aderenze pleuriche.* Con il pneumotorace artificiale si può o immobilizzare il polmone mettendolo in riposo, o comprimerlo. Il primo effetto è utile nelle lesioni relativamente iniziali, mentre nelle forme croniche di tbc. polmonare, con lesioni anatomiche da tempo costituite, con dilatazioni bronchiali ed escavazione del parenchima polmonare, il collasso del polmone è d'importanza prevalente e, perchè riesca efficace realmente, deve essere completo. Le osservazioni cliniche infatti dimostrano che i risultati della cura pneumotoracica sono indubbiamente migliori quando il pneumotorace è completo anzichè parziale e limitato da briglie, da membrane e placche aderenziali, ecc., tanto che in base a queste considerazioni risulta necessario, in taluni casi, recidere le aderenze che impediscono il collasso, dopo averle bene individualizzate mediante il torascopio.

2) *Collasso della base polmonare e frenicotomia.* Recidendo le fibre nervose che si distribuiscono ad una metà del diaframma, si ottiene la paralisi dell'emidiaframma e si sopprime la sua funzione. Oltre ciò l'emidiaframma per la perdita della tonicità muscolare, si solleva in alto nel torace determinando un parziale collasso del lobo inferiore del polmone. Nei mesi successivi alla frenicotomia, il diaframma per l'atrofia cui va incon-

tro, s'innalza sempre più e conseguentemente il collasso è maggiore.

Si può riuscire in tal modo ad avere un collasso polmonare uguale fino ad un terzo del volume del polmone.

Le frenicotomia viene eseguita al disopra dello scaleno anteriore; ma mentre nei casi in cui esiste un grosso nervo frenico si può ottenere la paralisi quasi completa del diaframma, nei casi dove il frenico è molto sottile, il risultato è assai mediocre.

Le tecniche operatorie, ideate per impedire i cattivi risultati della semplice recisione del nervo frenico, sono due:

a) *Taglio ed evulsione del frenico.* Il nervo deve essere messo in evidenza nel collo lungo il suo decorso sopra il muscolo scaleno anteriore. Tagliato il nervo, si deve praticare lo strappamento del suo tratto periferico, cioè tentare di estrarre tutto il frenico dal torace (portando via all'uopo le inserzioni del diaframma) e se il tentativo riesce felicemente, il frenico portato via dovrà misurare da 30 a 40 cm. I pericoli di questa manovra sono rappresentati dall'emorragia, specialmente dovuta all'arteria diaframmatico-pericardica e alle due vene satelliti che fiancheggiano il nervo frenico. Altro inconveniente è la lacerazione del polmone con conseguente pneumotorace o piopneumotorace e infine la lacerazione della succlavia per stiramento della specie d'occhiello che attorno ad essa formano il n. frenico e il n. accessorio.

b) *Frenicotomia radicale di Goetze.* Il n. frenico viene tagliato in basso nel collo. Le fibre del simpatico che si portano al ganglio cervicale inferiore, dopo essere state individualizzate mediante una lieve trazione esercitata sul frenico, vengono tagliate.

Viene anche tagliato il nervo frenico, che si porta al m. succlavio, nel punto in cui si stacca dal tronco superiore, in corrispondenza cioè del bordo superiore ed anteriore del plesso brachiale.

Goetze consiglia la frenicotomia quale surrogato del pneumotorace artificiale, nelle forme in cui il rifornimento non può essere eseguito. Altri AA. (Bruner, Sauerbruch) ritengono la frenicotomia come l'intervento di elezione nei casi di tubercolosi del lobo inferiore di un polmone. Secondo tali AA. la paralisi dell'emidiaframma va eseguita nelle forme febbrili, allorchè il pneumotorace non può essere istituito; nelle tbc. bilaterali avanzate, potendo la frenicotomia, alleviare i sintomi morbosi, se fatta sul polmone più gravemente offeso; nei casi di tosse emetizzante ed infine anche nelle forme di polmonite in cui per la mancanza della risoluzione del processo morboso, si ha spesso come conseguenza sviluppo di bronchiettasie.

Con la frenicotomia non raramente può ottenersi abbassamento della temperatura e diminuzione considerevole della tosse e dell'espettorato.

3) *Collasso del polmone. Apicolisi.* Staccando la pleura parietale dal torace si ottiene uno spazio che può essere riempito di un corpo estraneo (paraffina, grasso, ecc.) e che può essere quindi utilizzato per ottenere il collabimento della parte superiore del polmone.

Con tale metodo si può ottenere un collasso permanente abbastanza efficiente dell'apice polmonare fino al livello della 3ª costa, lungo la linea emiclaveare.

A tale operazione sono però state mosse alcune obiezioni e cioè in primo luogo che occorre introdurre un corpo estraneo, e secondariamente, che con l'apicolisi, può accadere che il materiale tubercolare spremuto dal lobo superiore scenda nell'inspirazione infettando il lobo inferiore.

Da molti Autori è stata adoperata la paraffina ma questa sembra abbia il difetto di essere irritante e per conseguenza può determinare un versamento extrapleurico. Non potendo impedire che esso si apra una strada all'esterno, attraverso la ferita operatoria, si può originare una fistola che prima o dopo s'infetta.

Formatasi la fistola, s'impone la necessità di togliere la paraffina e fasciare la ferita con garza in modo che il collasso rimanga immutato. Alcune volte per essere sicuri del collasso, si asportano due o più costole allo scopo di affrettare la cicatrizzazione della ferita.

4) *Toracoplastica.* Può essere definita come il collasso di tutta la parete emitoracica insieme col polmone malato. Il metodo classico va sotto il nome di Wilms o di Brauer-Friedrich, ma Sauerbruch l'ha modificato in base all'importanza di sezionare ed asportare la parte posteriore delle coste rasente ai processi traversi delle vertebre.

L'intervento consiste nel portar via i segmenti ossei tolti alla parte posteriore delle 10 o 11 coste superiori mediante un'incisione ampia paravertebrale. Il collasso che si ottiene pur essendo completo e permanente, non raggiunge mai quello che si ha nei casi più brillanti di pneumotorace artificiale, ma in confronto di questo l'atelettasia polmonare che si ottiene è costante.

I risultati che si hanno rispetto ai sintomi sono a volte sorprendenti, poichè non è raro di avere l'immediata e completa cessazione della tosse e dell'espettorato. L'operazione non è sempre coronata da successo; essa può essere anche letale.

Dalle varie statistiche riunite, si ha che fino ad ora sarebbero stati operati di toracoplastica ben 514 malati; di essi 237 ne avrebbero riportato un notevole beneficio.

I casi nei quali la toracoplastica va eseguita sono anzitutto quelli dove il pneumotorace è stato fatto ma con risultato negativo, o quando il collasso fu inefficace o infine se per abbandono del pneumotorace si è avuta una recrudescenza dei fatti morbosi.

Il più piccolo segno di attività morbosa però a carico del polmone controlaterale, costituisce una controindicazione all'intervento sul polmone malato e così pure la presenza di qualsiasi altra affezione concomitante, tubercolare o d'altra natura, che risieda fuori della laringe, rappresenta una controindicazione assoluta all'operazione.

A. POZZI.

Il pneumotorace idatideo.

(DÉVÉ. *Revue de chirurgie*, n. 2, 1925).

La prima osservazione si deve a Fouquier nel 1828 e riguardava una donna che, improvvisamente colta da dolore all'emitorace destro, presentava i segni d'un versamento di liquido e di aria nella pleura e che all'autopsia diede il reperto d'una cisti d'echinococco del polmone apertasi nella cavità pleurica, d'onde il liquido e il gas in essa contenuti. Una seconda osservazione con il segno del soffio anforico è quella di Mercier. In seguito altre osservazioni sono state fatte ma la rottura pleurica della cisti d'echinococco polmonare seguita da pneumotorace è una complicazione rara potendosene riunire solo una trentina di casi.

Il pneumotorace idatideo ha un massimo di frequenza nella età giovanile, fra 15 e 30 anni; colpisce maggiormente l'uomo e ciò in rapporto con la frequenza dei traumi. La rottura pleurica può avvenire in maniera spontanea, dopo uno sforzo (defecazione, sollevamento di pesi), dopo un accesso di collera, dopo un trauma, dopo una puntura. La rottura pleurica ha sede costantemente alla faccia esterna del polmone, specialmente verso la base ed è più frequente a destra. Il polmone si trova afflosciato e retratto verso il mediastino, la pleura è coperta da una falsa membrana fibrinosa e la cavità piena di liquido più o meno limpido fino al purulento od emorragico; si può anche trovare una echinococcosi secondaria della pleura.

Casi simili a quelli dell'uomo sono stati riscontrati nei bovini e dall'A. in un coniglio dopo inoculazione di uova d'echinococco nella trachea, in cui potè ritrovare il punto del bronco leso per cui era passata la cisti per andare nella pleura, producendo come conseguenza il pneumotorace idatideo.

Perchè avvenga la rottura della pleura è condizione necessaria l'assenza di adesione dei due foglietti della sierosa, ciò che si verifica quando la cisti polmonare non è suppurata ed è di medio volume; e perchè si formi il pneumotorace occorre che la pleura comunichi con un bronco aperto. Ordinariamente l'apertura del bronco precede quella della pleura, ma può essere anche contemporanea. In generale si può dire che il pneumotorace idatideo si osserva nelle cisti corticali, univescicolari, non infette e non vuotate precedentemente nei bronchi.

Come conseguenza della rottura intrapleurica della cisti polmonare si ha: penetrazione di aria, emorragia intrapleurica generalmente moderata cui può seguire infezione bronco-cistica, versamento di liquido idatideo per rottura della cisti (idato-pneumotorace), intossicazione anafilattica ed echinococcosi secondaria della pleura.

Nella sintomatologia si trova: un inizio brusco con dolore violento al torace come di una lacerazione interna, seguito da segni di soffocazione, cianosi, tosse secca con fenomeni tossici (edema polmonare, stato sincopale, febbre, urticaria), raramente si ha emottisi.

Clinicamente si trovano i segni del comune pneumotorace da tubercolosi: dilatazione ed immobilita della metà corrispondente del torace, suono timpanico, abolizione del murmure vescicolare, soffio anforico, abbassamento del fegato e della milza, ecc.

Si possono distinguere due fasi nella evoluzione: la fase asettica che può variare da qualche giorno a dei mesi, e la fase di suppurazione. Si può avere vescica purulenta semplice e vomica idatidea con emissione di membrane.

La diagnosi, che è stata qualche volta fatta prima dell'intervento, si baserà sui segni d'un pneumotorace in individuo con costituzione eccellente, senza segni clinici di tubercolosi, di gangrena polmonare o di cancro polmonare, sull'urticaria, sui risultati della puntura esplorativa, sull'esame radiologico e sulle reazioni biologiche specifiche.

Il trattamento chirurgico ha dato risultati ottimi con una mortalità del 9 % e consiste in una larga pleurotomia con resezione costale nel punto più declive, seguìta da drenaggio.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. SALVAT NAVARRO. *Tratado de higiene.* Tomo I. Un vol. in-8° di 838 pag. con 130 fig. M. Marin ed., Barcellona, 1925. Prezzo: Pesetas 25.

A questa opera del prof. A. Salvat Navarro, titolare della cattedra di igiene all'Università di Barcelona, ben si addice il titolo di trattato in quanto che essa è una di quelle opere a larga base e ad ampio svolgimento, quali oggi si pubblicano solitamente con la collaborazione di diversi autori.

In questo primo volume l'A., dopo una concettosa introduzione, espone al lettore l'azione delle forze fisiche e meteoriche sull'organismo, le alterazioni ed impurezze dell'atmosfera per gas, polveri e microrganismi. Dedica tre capitoli alla microbiologia generale e passa poi allo studio del terreno, di cui considera la costituzione geo-litologica, l'acqua, l'aria, i germi e svolge l'argomento dell'idrologia concludendo questa prima parte in un capitolo di climatologia sintetica.

Oggetto della seconda parte è la bromatologia, di cui considera dapprima i principi generali ed in seguito tutti gli alimenti e bevande, non trascurando le intossicazioni e le infezioni alimentari, le avitaminosi, ecc.

Ad ogni argomento, seguono le indicazioni necessarie per le relative ricerche e determinazioni analitiche e sperimentali, sicchè il trattato può anche servire come guida per tali ricerche.

L'A. dimostra in questa sua opera di appartenere a quella categoria non troppo numerosa di igienisti che, invece di aspirare ad ideali irraggiungibili, si rende conto della realtà delle cose e cerca di adattare ad essa i dettami dell'igiene. Valga come esempio la giusta osservazione circa i noti limiti per la potabilità delle acque che, se dovessero adottarsi in Spagna, si lascierebbe senz'acqua un buon terzo degli abitanti (e non meno in Italia!).

L'esposizione è chiara, precisa e completa, talvolta in forma quasi letteraria (si legga p. es., la bella descrizione dei temporali nelle regioni tropicali).

Il trattato è alla sua seconda edizione ed è preceduto da un'introduzione storica di Ph. Hauser.

fil.

Lexicon der Ernährungskunde, pubblicato da E. MAYERHOFER e C. PIRQUET. 2ª puntata, in-8° di pag. 191. Springer ed., Vienna. Prezzo della puntata 7 marchi-oro.

È una vera enciclopedia della nutrizione in cui troviamo trattate tutte le sostanze che in un modo o nell'altro possono servire come alimento, tutte le questioni concernenti le diete, l'alimentazione, ecc. Di ogni sostanza si danno le proprietà, la composizione, il modo di preparazione, il valore alimentare ed eventualmente l'indicazione delle varietà commerciali, gli elementi per il giudizio, ecc. Nella parte riguardante gli argomenti generali, la trattazione è fatta essenzialmente sulla base del sistema di Pirquet, con le notazioni in Nem.

fil.

A. CASARINI. *La scelta dei piloti per la navigazione aerea.* Un vol. in-8° di pag. 240 con 97 figure. Roma, 1925. Libreria del Ministero della Guerra, Stato. Prezzo L. 20.

Il ten. col. med. Casarini Arturo ha arricchito la « Collana Medico-Militare » con un pregevole lavoro sintetico sulla « Scelta dei Piloti per la navigazione aerea » pubblicato nel maggio scorso a cura del Ministero della Guerra.

Il manuale raccoglie con ordine sistematico e chiarezza i metodi di esame adottati in Italia, di cui molta parte sono frutto e vanto degli studi di scienziati italiani, per la selezione scientifica e coscienziosa degli aspiranti all'arma del cielo, diretta allo scopo di avere elementi in possesso di tutte le qualità fisiche e psichiche necessarie alla sicura guida del velivolo e di ridurre al minimo la percentuale dei disastri aviatori dovuti alla « macchina uomo », percentuale che fino a pochi anni fa era impressionante.

Il volume è preceduto da una rapida corsa attraverso la breve storia dell'aviazione così progredita, con una punta alle notizie mitologiche, e da una esposizione dell'impianto, dello sviluppo e del funzionamento dei Centri psicofisiologici, dei quali l'A. rileva la grande importanza e la necessità che siano aumentati di numero, sempre quando si abbiano a disposizione medici veramente specializzati e quindi atti a farli funzionare come si conviene.

Per quanto il Casarini si prefigga il modesto scopo di instillare nell'animo degli aspiranti all'arruolamento volontario e degli stessi piloti già arruolati il concetto che il Centro psicofisiologico non ha ufficio inquirente e vessativo, ma mira all'interesse personale dei piloti già provetti ed a quello dell'Erario, noi riteniamo che il manuale debba avere grande diffusione e debba famigliarizzarsi fra tutti i medici militari e civili dei campi di aviazione i quali, avendo la facile possibilità di seguire e studiare quotidianamente davvicino l'aviatore in tutte le sue manifestazioni fisiche e psichiche, nelle ore di riposo, durante i voli (ai quali, più spesso di quel che non si faccia, dovrebbero prender parte) e subito dopo, potrebbero, con questa preziosa guida e con unità di indirizzo, portare dei validi contributi a tale branca della

medicina nuova ed ancora molto giovane ed essere ancora di aiuto, colle osservazioni fatte, ai singoli centri psicofisiologici.

RINALDI.

H. CUSHING. *The Life of sir William Osler.* Due vol. in-8° gr. di complessive pag. 1413, con 44 tavole. Rilegati in tela. New York, Oxford University Press, 1925. Prezzo: dol. 12.50.

La vita del celebre clinico medico anglo-americano è narrata, in questi due ponderosi volumi, con una terrificante cura di particolari; vi sono raccolte le più inutili minuzie e vi è riprodotta integralmente molta parte della copiosa corrispondenza. La massima parte dei medici non può trovare interesse che in una minima frazione di queste 1500 pagine, la cui lettura importerebbe un tempo non breve. Converrebbe, a nostro avviso, che l'A. ne stralciasse quanto v'è di più vivo e lo esponesse in forma sintetica e accessibile.

Lo stile dell'A. è però chiaro e leggibile. Da una scorsa sommaria dei due volumi apprendiamo che Osler nacque nel Canadà durante il 1849; che si avviò dapprima agli studi teologici; che il consulente medico del suo seminario, dott. James Bovell, fece nascere in lui il desiderio e il gusto degli studi medici e microscopici: nei momenti più difficili della sua vita, Osler soleva invocarne la memoria, scrivendone ripetutamente il nome... Apprendiamo ancora che Osler apprezzava sopra ogni altro libro la « Religio Medici » di T. Browne, di cui venne a conoscenza all'età di 17 anni. Apprendiamo che Osler esercitò dapprima la medicina a Toronto e a Montreal, nel Canadà: poi passò a Filadelfia ed a Baltimora, negli Stati Uniti: infine fu chiamato nella inglese Oxford, dove si fermò. Egli esplicò un'attività veramente straordinaria: basti dire che lascia 770 pubblicazioni; ha differenziato varie sindromi cliniche nuove, come l'eritremia, la telangiectasia ereditaria e l'anemia splenica; ha rivelato il valore di certi sintomi, come i « noduli di Osler » nell'endocardite subacuta; ma sovratutto instancabile egli era nel campo pratico. Del suo celebre trattato (*Principles and Practice of Medicine*) si sono tirate molte decine di migliaia di copie, tanto da meritargli il nome di *Bibbia medica;* esso si distingue per la concisione, per la chiarezza e perchè compenetrato e avvivato di esperienza personale; è stato tradotto in francese, in tedesco, in spagnolo e perfino in cinese.

Caratteri dominanti di Osler, oltre l'attività impareggiabile (la mantenne fino in ultimo: sembrava dotato di una gioventù perenne), erano: la passione per gli studi classici (costituivano il suo più gradito diversivo), il puritanismo (non ammetteva compromessi), l'amore per i bambini e la simpatia per i giovani, la gentilezza, che non si esauriva mai. Osler non fu solo un grande uomo, ma fu anche un uomo di carattere e un uomo di cuore.

L. V.

CABANÈS. *Les curiosités de la médecine.* Un vol. in-16° di p. 330. Librairie Le François, Parigi, 1925. Prezzo frs. 10.

L'A. che è simpaticamente noto per i suoi lavori riguardanti la storia della medicina e diversi argomenti paramedici, ci parla qui sulle credenze, le superstizioni, i simbolismi che hanno fiorito attorno alle diverse parti ed alle svariate funzioni dell'organismo umano. Con una larga messe di aneddoti, di citazioni, non disgiunte da considerazioni scientifiche che spiegano l'origine di molte credenze, l'A. ci fornisce tante nozioni interessanti sulla pelle, sui peli, sui denti, sulle mani, sui piedi.

Libro interessante e di piacevole lettura, frutto di vasta e polimorfa coltura, che procura al lettore uno svago gradito.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 28 giugno 1925.

Presidenza: prof. E. PIANESE, presidente.

Osteotomia ad incastro e sutura della tibia negli incurvamenti rachitici della gamba.

R. MINERVINI. — L'O. riferisce un processo da lui adoperato più volte con eccellente risultato per la cura di quei gravi incurvamenti rachitici del terzo inferiore delle ossa delle gambe che costituiscono il cosiddetto inginocchiamento delle gambe. Il processo consiste in un'osteotomia plastica ad incastro della tibia con sutura ossea ed in un'osteotomia cuneiforme del perone. L'incisione dei tegumenti è unica, la longitudinale un tantino in fuori della cresta tibiale. Denudata la tibia — che è ordinariamente deformata a fodero di sciabola — la si incide longitudinalmente con lo scalpello per 6 o 7 cm. fino alla cavità midollare, indi si resecano sulle due metà ed a diversa altezza due cunei alterni con base in avanti, alta 3 cm., ed apice in dietro. Denudato il perone e resecatone un largo cuneo a base anteriore, si scontinua la tibia e si corregge la deformità della gamba deflettendone l'incurvatura per modo che i frammenti risultanti dalla sezione tibiale scorrendo l'uno sull'altro si incastrano fra loro mentre gli spazii cuneiformi alterni scavati nell'osso si chiudono. Si perforano allora lateralmente i due frammenti con un punteruolo e con un punto di sutura si fissano in mutuo contatto.

Indi si sutura la ferita cutanea e si immobilizza l'arto raddrizzato con apparecchio gessato.

La relazione è confortata da disegni schematici e da radiografie.

Considerazioni su di un caso di nevralgia facciale d'origine dentaria.

Prof. CORRADO D'ALISE. — Si tratta di un caso di nevralgia facciale durata circa tre anni, e ribelle a tutte le cure. La nevralgia fu prima creduta d'origine dentaria e perciò vennero estratti due denti, ma con vantaggi transitori; si pensò poi alla sifilide e con eguali risultati, ed infine fu ritenuta d'origine centrale, ma non se ne stabilì l'etiologia.

Venuto il caso all'osservazione dell'oratore, questi credette che la nevralgia dipendesse dal primo piccolo molare superiore destro cariato, con distruzione della polpa ed otturato molti anni addietro, e perciò ne eseguì l'estrazione seduta stante, ottenendone immediato miglioramento, seguito da guarigione completa, che dura da tre anni, dopo avere provocato la degenerazione del plesso dentale anteriore, mediante iniezioni di alcool a 95° nella regione vestibolare corrispondente. L'oratore fa quindi delle considerazioni sulle nevralgie facciali e psicosi causate da denti guasti od inclusi ma indolenti, richiamando l'attenzione dei medici su una scrupolosa osservazione del sistema dentario in tutte le forme nevralgiche della faccia con etiologia ignota, e facendo inoltre notare come, data la grandissima frequenza delle malattie dentarie, per cui raramente si trovano individui immuni da esse, anche quando le lesioni dentarie non sono la causa diretta di malattie di altri organi e tessuti, ne rappresentano sempre una causa coadiuvante, che non bisogna trascurare.

Iposurrenalismo acuto palustre pseudoencefalitico a tipo cerebellare.

G. CASTRONUOVO. — L'O. riferisce sulle note peculiari di quattro casi clinici da lui osservati, nei quali la malaria ha assunto caratteri simili a quelli della meningo-encefalite epidemica: due casi di *sindrome cerebellare acuta*, venuti a completa guarigione; un altro di *afasia motoria o anartria pura;* anche guarito, ed un ultimo di *paralisi pseudobulbare*, venuto a morte.

Esamina le difficoltà diagnostiche, dovute alle forme di malaria latente, nelle quali spesso il reperto ematico è negativo e la tumefazione splenica non molto evidente o tale da potersi riferire ad altre infezioni e richiama l'attenzione sulle « manovre diagnostiche riattivanti il paludismo latente », tra le quali dà la preferenza alle iniezioni combinate di adrenalina e stricnina, alla faradizzazione della regione splenica ed all'uso endovenoso di piccole dosi di neosalvarsan che possono fornire anche un criterio terapico.

Si sofferma sul meccanismo patogenetico di tali manifestazioni nervose centrali, che fa capo a due ordini di fenomeni: quelli *circolatorî* (emorragie, trombo-embolie e susseguenti malacie) e quelli prevalentemente *tossici*. Tra i varî aggruppamenti morbosi che ne possono derivare risalta una sindrome speciale tossiemica-endocrina, la quale è caratterizzata da un deficit prettamente cerebellare acuto, di natura tossica (transitorio per lo più) ed in intimo nesso con un altro deficit funzionale cui partecipano in modo evidente, oltre il fegato, i surreni ed in genere le glandole a secrezione interna più interessate al tono simpatico.

Ricorda opportunamente gli studî classici italiani sulle neuropatie palustri; ed accennato ai lavori classici di Romberg e di Leroux sul parkinsonismo palustre, dimostra quante varie lesioni dei centri nervosi encefalici e midollari e dei nervi periferici siano causate dalla malaria, che non risparmia parte alcuna del nevrasse e fra le tante forme può anche provocare la paralisi di Landry.

Viene in ultimo ad illustrare l'azione malefica del paludismo sugli organi endocrini e predilige soffermarsi sulle sindromi complesse che ne derivano, le quali possono essere meglio interpretate e curate tenendo conto del deficit di questi apparati, della sua origine tossica e delle relative provvidenze terapiche odierne (adrenalina, tiroidina, puntura lombare, rettoclisi glucosate, inalazioni O). Già in altro lavoro sulle interdipendenze tra *infezioni e diabete* (G. Gastronuovo, « Riforma medica », 1920, n. 37) l'O. ha richiamato l'attenzione dei clinici su questo nesso causale palustre, non trascurabile ai fini anche curativi.

Ora ribadisce quei concetti a proposito dello *Iposurrenalismo acuto palustre pseudoencefalitico a tipo prevalente cerebellare* ed accomuna a questo peculiare meccanismo tossi-infettivo endocrinopatico l'origine di altre strane sindromi, quali la *forma pseudoperitonitica, pseudoappendicitica, pseudocolerica, pseudomeningitica*, che rassomigliano a quelle descritte rispettivamente da Ebstein, Herford, Oppenheim, Ewald, Thompson, da Sergent, ed altri, cui va aggiunta la *forma miastenica-iposurrenalica*, a tipo Erb-Goldflam, illustrata da Castellino.

A. CHISTONI.

III Riunione Nazionale della Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali. - Convegno internazionale per l'esame dell'origine storica della sifilide.

(Torino, 30 maggio-1° giugno 1925).

Lo svolgimento del programma si inizia, sotto la presidenza del prof. S. BAGLIONI, con la relazione:

La regolamentazione della prostituzione studiata dal punto di vista antropologico.

Prof. CARRARA. — La prostituta, conforme alle teorie lombrosiane, rappresenterebbe l'equivalente del delinquente maschile e perciò, nell' interesse della difesa sociale dovrebbe essere trattata con severe leggi di regolamentazione. Ne segue una

animata discussione tra *regolamentaristi* ed *abolizionisti*, questi ultimi in maggioranza, cui prendono parte MONTESANO, LEVI, SACCHI, LOLLINI, TRAVAGLI, SCREMIN, CAPPELLI e PICCARDI, i quali ultimi sostengono che non si debba esaurire il Congresso in inconciliabili discussioni teoriche, ma si debba discutere in base al nuovo regolamento per la profilassi che concilia il rispetto della personalità umana della prostituta con la difesa sociale dai pericoli venerei. Su queste direttive i proff. CAPPELLI, MONTESANO e PICCARDI, incaricati dal Presidente, formulano il seguente ordine del giorno, che viene approvato ad unanimità:

« La Soc. Ital. per lo studio delle questioni sessuali, plaudendo alla dotta relazione del prof. CARRARA sul complesso fenomeno della prostituzione, studiato dal punto di vista antropologico, preso atto della discussione che ne è seguita in merito ai vari criteri cui può informarsi una profilassi sociale e statale, contro le malattie veneree, riconosce i pregi dell'attuale regolamento, ma propone che venga serenamente ed obbiettivamente esaminato, per un conveniente periodo di tempo in tutte le contingenze della sua azione pratica, al fine di raccogliere elementi sicuri di giudizio da trasmettere eventualmente alla Direzione generale della Sanità del Regno; richiede per questo la collaborazione della Società italiana di dermatologia e sifilografia, della Associazione professionale dei dermosifilografi italiani, della Lega nazionale contro il pericolo venereo, dei direttori di sale celtiche e dei dispensari, degli ispettori dermosifilografi e dei medici visitatori, i quali potranno portare particolari contributi di osservazioni e proposte da discutersi in un convegno generale ».

Seduta del 31 maggio 1925.

Contro l'origine americana della sifilide.

Il prof. SIGERIST di Zurigo parla, asserendo che l'esistenza della sifilide in America prima della scoperta di Colombo non è provata; che nei cimiteri dei leprosari francesi BROCA e RAYMOND trovarono ossa sifilitiche del secolo XIII; che già nel medioevo si conosceva in Francia una malattia che presentava i caratteri della sifilide, col nome di *scabies grossa, grosse verole, gros mal, mal franzoso.*

È da lamentare che alla discussione sull'importante argomento sia mancato l'illustre prof. Borduzzi, uno dei più strenui sostenitori della opinione contraria, generalmente accettata, l'origine americana della lue, portata in Europa dai marinai di Colombo e diffusa in tutti i paesi dalle soldatesche mercenarie che presero parte alla spedizione di Carlo VIII contro Napoli.

Demografia ed eugenica in rapporto al movimento contemporaneo per il razionale controllo delle nascite.

Prof. ETTORE LEVI. — Il relatore, in base a vastissime statistiche raccolte nell'Istituto Italiano di Igiene ed Assistenza sociale, dimostra che la popolazione mondiale da circa 600 milioni al principio del sec. XIX, è salita a 1550 milioni alla fine del detto secolo, a causa dell'eccedenza di nascite sulle morti, dovuta alla forte diminuzione di mortalità. Tale elevazione porta ad una limitazione volontaria della prole, con conseguente diminuzione della natalità, con danno della qualità, poichè in tal modo avviene una *selezione disgenica.*

Conclude affermando la necessità che biologi, sociologi, economisti, studino questi imponenti fenomeni derivandone quelle prudenti pratiche deduzioni che col tempo potranno essere attuate.

Sull'importante argomento interloquiscono SEVERINI, SANGIORGI, TRAVAGLI, CASALINI sostenendo questi che bisogna andare adagio nell'incoraggiare la limitazione della prole che potrebbe portare ad uno spopolamento come in Francia, e CAPASSO il quale dimostra che l'eccesso della popolazione non è una fortuna per un paese, specialmente per l'Italia scarsa di risorse naturali: il *sopra più* porta inevitabilmente all'emigrazione che ora va chiudendosi in tutti gli sbocchi, od alla guerra.

La prostituzione a Torino nell'ultimo decennio.

Prof. C. GALLIA. — Riferisce interessanti dati statistici sulle prostitute ufficiali e clandestine, rilevando la notevole diminuzione delle infezioni veneree a partire dal 1918-19, diminuzione dovuta oltre che ai più potenti mezzi terapeutici, alle disposizioni più razionali prese dall'autorità tutoria (visite più regolari delle case di tolleranza, tessera sanitaria, ecc.).

Prof. SANGIORGI G. — Illustra un ordine del giorno in cui sostiene: 1) che l'Italia risollevi in seno alla Lega delle Nazioni la questione, già prospettata dall'Inghilterra nel 1917, della necessità di un accordo tra le nazioni per una comune difesa contro il pericolo venereo, intesa ad esercitare nei porti di maggior traffico, una rigorosa sorveglianza dei marinai di qualunque nazionalità, sia all'imbarco che allo sbarco; 2) che l'Italia analogamente a quanto fa nei riguardi della profilassi antimalarica con la fabbricazione e la somministrazione del chinino di Stato, si assuma il còmpito di fornire un profilattico antivenereo riconosciuto attraverso esperimenti scientifici come più efficace, più pratico, più economico, diffondendolo sempre più con la somministrazione gratuita fra i soldati di terra e di mare, ove già si ottennero notevoli successi, ed eventualmente mettendolo a basso prezzo a disposizione della popolazione civile con la garanzia dello Stato e con un corredo di facili istruzioni per l'applicazione.

Prof. BAGLIONI. — Ricorda un profilattico venereo post-coitum di G. B. Della Porta, napoletano (1540-1615) che contenendo tra l'altro mercurio precipitato doveva essere certamente efficace.

SORGE propone allo stesso scopo una pomata di sua costituzione e PORCELLI un suo *sacchetto profilattico* che viene venduto a Livorno a prezzo bassissimo. Interloquiscono in vario senso, PICCARDI, MONTESANO, SCREMIN, CAPPELLI; l'assemblea appro-

va ad unanimità la prima parte dell'o. d. g. Sangiorgi e rinvia a più maturo studio la seconda parte.

Seduta del 1° giugno 1925.

La diminuzione della sifilide.

Prof. G. PICCARDI. — L'O. in base alle statistiche dei dispensari celtici di Torino dal 1911 al 1924, constata il fenomeno della diminuzione notevole della sifilide, altrove già rilevato per impressioni personali. Da esse risulta che, dopo un forte aumento all'inizio della guerra, da 1600 casi a 2800 nel 1917, si ha una brusca discesa che s'inizia nel 1918 e continua regolarmente fino al '24 raggiungendo la quota minima di 1200 malati. Più evidente è il fatto se si considerano i sifilomi iniziali che da 750 nel 1917, discendono a 150 nel '24, cioè si riducono ad un quinto.

Il fenomeno, ormai indiscutibile, non può essere attribuito che all'intervento degli arsenobenzoli i quali, soffocando in sul nascere le prime manifestazioni, sopprimendo rapidamente le manifestazioni contagiose, impedisce la diffusione della sifilide. Non si può ammettere, come vogliono alcuni una *diminuzione spontanea* della sifilide, mai osservata nei tempi passati, che anzi per effetto della guerra avrebbe dovuto sempre più diffondersi fra la popolazione civile al ritorno dei soldati alle loro famiglie

Nè si può attribuire al nuovo regolamento sulla profilassi venerea, in vigore appena dalla fine del '23, mentre la diminuzione si inizia già nel 1918; anzi dopo l'applicazione di questo, si ebbe una leggera punta ascensionale, constatata anche in Francia e dovuta probabilmente al rallentamento delle iniezioni endovenose per l'uso del bismuto e delle iniezioni intramuscolari di arsenobenzolo, mezzi indubbiamente meno attivi ai fini della profilassi.

Ritiene tuttavia che il nuovo regolamento rappresenti un progresso, specialmente per l'istituzione della tessera sanitaria; ma bisognerà attendere qualche anno per vederne i frutti.

Arsenobenzoli ed eugenia.

Prof. G. PICCARDI. — La ben nota influenza deleteria della sifilide sulla prole abortiva, infanticida distrofica, che si estende anche alla seconda generazione e forse alla terza portando alla degenerazione della razza ed allo spopolamento, tanto che in Francia, si calcola che il 10 % delle nascite si perde per la sifilide, può essere modificata dalle cure mercuriali-iodiche, come è dimostrato da tempo.

Ma gli arsenobenzoli dimostrano a questo riguardo un'azione più costante. L'O. potè seguire 41 matrimoni fra luetici curati con questo rimedio, così divisi: 11 uomini in periodo primario, 15 uomini in periodo secondario, 1 uomo in periodo terziario, 9 casi in cui erano infetti entrambi i coniugi, curati prima del matrimonio; 5 donne con manifestazioni secondarie in atto durante la gravidanza.

Ad eccezione di qualche aborto in primipare, le quali mantenute senza cura, ebbero ulteriormente figli apparentemente sani, il risultato favorevole fu costante in tutti i casi. Si ebbero gravidanze normali con prole che si mantiene clinicamente e sierologicamente sana. Serie ripetute di iniezioni endovenose di arsenobenzolo nelle gravide furono sempre tollerate ottimamente. Risulta dunque che l'arsenobenzolo, come ha già fatto diminuire la sifilide acquisita preverrà indubbiamente la sifilide ereditaria.

Queste due comunicazioni provocano vivace discussione alla quale partecipano MONTESANO, CAPPELLI, VERROTTI, VICARELLI e BAGLIONI, ai quali risponde esaurientemente l'O. e si conclude con l'approvazione ad unanimità del seguente ordine del giorno:

« La terza riunione della Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali, udite le relazioni del prof. Piccardi: *La diminuzione della sifilide - Eugenia ed arsenobenzoli* e l'ampia discussione che è seguita:

« fa voti che lo Stato distribuisca, a scopo di profilassi sessuale, largamente e gratuitamente l'arsenobenzolo alle cliniche dermosifilopatiche, ai reparti dermoceltici, alle sale celtiche, ai dispensari celtici, alle cliniche ostetriche, ai brefotrofi, affinchè, usato da medici competenti, con le dovute cautele, maggiormente, possa contribuire alla già constatata diminuzione della sifilide ».

I pericoli e i danni della psico-analisi di Freud.

Prof. G. ROASENDA. — L'O. richiama l'attenzione sulla necessità di fare una contro-propaganda alle concezioni di Freud sulla psico-analisi e sulle sue applicazioni terapeutiche per i pericoli e per i danni che esse possono presentare.

Illustra questi suoi concetti, leggendo frasi dell'A. tedesco e facendone rilevare il carattere psicopatologico. Partecipano alla discussione SCREMIN e BAGLIONI, associandosi in parte alle critiche fatte.

I sessi e la doppia morale sessuale.

LOLLINI C. — La relatrice sostiene che oggi esistano due morali sessuali, una per gli uomini, l'altra per le donne; si permette la libertà più completa agli uni, si pretende la costrizione più assoluta alle altre. Da ciò i molteplici mali, specialmente a danno della donna: prostituzione, seduzione, aborto procurato, infanticidio, ecc. Sostiene la *castità prematrimoniale*, che secondo la relatrice non è nociva ma giovevole ai giovani.

Si rimanda la discussione su questa comunicazione a quando saranno lette le altre relazioni sulla educazione sessuale.

Concetti sulla profilassi delle malattie veneree.

A CAVIATI. — Sostiene la necessità di praticare la R. W. nelle prostitute pubbliche e clandestine per scoprire le forme latenti di lue che da un momento all'altro possono diventare contagiose; e la

istituzione di una tessera individuale da cui risulti lo stato di salute della prostituta, le cure fatte, ecc. PICCARDI approva pienamente le idee dell'O. che egli ha già da molto tempo applicato nel suo Dispensario Municipale.

I contagi venerei nell'infanzia.

J. CAPPELLI. — Da statistiche raccolte nelle Cliniche di Torino, Firenze, Milano, Bologna risulta che i contagi fra i bambini, delittuosi o accidentali sono abbastanza frequenti: dal 1920 al '24 si ebbero, in bambini sotto i 12 anni, 7 casi di ulcera venerea, 136 di sifilide acquisita, 27 di blenorragia maschile, 340 di blenorragia femminile. Fa considerazioni di ordine sociale, morale, economico e medico legali, la cui importanza induce l'Assemblea su proposta di MONTESANO a stabilire tale argomento come tema del futuro Congresso.

Educazione sessuale.

CAPASSO illustra l'ordine del giorno del Gruppo Napoletano.

FONTANA illustra l'ordine del giorno votato dal Gruppo Piemontese. Essenzialmente questi due ordini del giorno che si completano, riconoscono la necessità che tutti coloro che sono destinati all'educazione morale dell'adolescente e del giovane debbano concorrere anche all'educazione sessuale, e cioè i *genitori*, quando abbiano cultura sufficiente per una simile impresa, i *maestri* precedentemente istruiti con corsi speciali (CAPASSO), i medici scolastici o i medici che hanno campo di trovarsi a contatto con i giovani, gli *specialisti* con conferenze sull'igiene sessuale e sui pericoli venerei, da impartirsi nei licei, negli istituti tecnici, e nei primi anni dell'università (FONTANA) ed infine i *ministri dei culti* per l'indirizzo morale di tale educazione (VICARELLI).

L'essenziale è come ben si espresse FONTANA che « l'educazione sessuale della gioventù non debba essere lasciata al caso, ai consigli degli amici, alle rivelazioni crudeli delle infezioni veneree, ma che tutte le persone che guidano la vita dei giovani, fornite di buona volontà, di senno e di delicatezza, abbiano il dovere di cooperarvi nei limiti delle loro forze e delle loro attribuzioni ».

Infine BAGLIONI riferisce le idee in proposito manifestate dai soci del Gruppo Romano in diverse riprese ed espone le sue idee, basate sullo studio della fisiologia e della psicologia sessuale dei bambini e degli adolescenti. Alla discussione prendono parte: COSENTINI, TRAVAGLI, SCREMIN, PICCARDI, CASALINI, SBERNA, LOLLINI, ecc.

Quindi il PRESIDENTE pone ai voti un ordine del giorno complessivo basato sui punti fondamentali precedentemente segnalati, che è approvato alla unanimità:

« La III Riunione Nazionale della Società per gli studi sessuali, udite le relazioni di BAGLIONI, CAPASSO e FONTANA, e le discussioni seguite, ritenendo opportuno di mantenere vivo l'interesse generale per la fondamentale questione, prendendo atto dei voti formulati dalle Sezioni di Napoli, Roma e Torino; augura, che al più presto sulla base fisiologica e psicologica si inizi una più adatta educazione sessuale ».

Data l'ora tarda i congressisti che devono ancora parlare, rinunziano alla parola con il diritto della pubblicazione delle loro comunicazioni negli atti del Congresso.

Di queste importanti comunicazioni ci limitiamo a dare il titolo rimandando il lettore che volesse prenderne visione alla relazione completa che verrà pubblicata dalla Rassegna di studi sessuali e di Eugenetica:

DELPIANO. — *Sulla profilassi della sifilide nel periodo della prima incubazione.*

SCAGLIONE. — *Alcune considerazioni sul contenuto delle vescicole germinali.*

FONTANA. — *Sull'eziologia dell'Herpes genitalis.*

CONVERT. — *Sulla intradermoreazione e vaccinoterapia nell'ulcera molle.*

MADON. — *Sulla necessità di praticare la R. W. prima del matrimonio, a scopo eugenico.*

Dichiarato chiuso il Congresso vengono stabiliti tre temi ufficiali per la prossima riunione:

1) *I contagi venerei nell'infanzia* (*Rel.* CAPPELLI).
2) *La psicologia sessuale nell'infanzia.*
3) *Educazione sessuale.*

Parlano ancora il prof. CAPASSO per ringraziare l'ospitale città di Torino, gli intervenuti e il PRESIDENTE che diresse con tanto senno i lavori del Congresso; il prof. BAGLIONI per compiacersi della completa riuscita di questa riunione; il prof. PICCARDI in nome del gruppo Piemontese, per ringraziare tutti quanti cooperarono nel nobile intento, gli organizzatori, congressisti, il PRESIDENTE impareggiabile ed il prof. VICARELLI che concesse le aule dell'Accademia di Medicina. Durante il Congresso furono offerti ai convenuti due sontuosi e signorili ricevimenti, l'uno dal Municipio di Torino, l'altro dalla direzione dell'Esposizione di Chimica.

Torino.

G. PICCARDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sull'ipertrofia diffusa dei follicoli linfatici con splenomegalia.

N. Brill, G. Baher, N. Rosenthal (*Journ. A. M. A.*, 28 febbraio 1925) descrivono due casi di questa malattia, che essi chiamano splenomegalia linfatica iperplastica, e la considerano come un nuovo tipo nosologico, differente dalle leucemie, dai granulomi, dalla linfosarcomatosi. Collegano questi due casi con altri due, descritti rispettivamente nel 1901 da Beker, e nel 1914 da Lilienthal. Di nessun caso si possiede il reperto anatomico: gli ultimi due pazienti sopravvivono.

La malattia inizia con l'ingrossamento di molte ghiandole linfatiche, sottocutanee e profonde, in varia sede: tali adenopatie si fanno notare all'osservazione diretta, o pei sintomi di compressione che provocano. La milza aumenta notevolmente di volume e di consistenza, il fegato rimane normale per volume e capacità funzionale. L'esame del sangue rivela una discreta anemia, con valore globulare poco inferiore all'unità; i leucociti sono poco o nulla aumentati, ma la formula leucocitaria mostra una forte prevalenza dei linfociti (40-50 %).

L'esame della milza, delle ghiandole linfatiche asportate chirurgicamente mostra una cospicua iperplasia dei follicoli di Malpighi, rispettivamente dei follicoli linfatici, con aumento notevole dei linfoblasti endotelioidi del centro germinativo. Nella milza sono anche dilatati i seni. Pare che in tutto il corpo vi sia tale iperplasia dei follicoli linfatici.

Gli ammalati, deboli e deperiti, si sono giovati notevolmente della splenectomia, fino a riprendere il loro peso e le normali occupazioni. In un caso tale risultato si ottenne con la radioterapia.

(*N. d. R.* Ma è proprio una forma nuova? E la splenomegalia con linfocitosi di Banti?).

DORIA.

Epiploite e tumore epiploico infiammatorio.

Dal punto di vista chirurgico si devono distinguere, secondo W. Goldschmidt (*Wien. klin. Woch.*, maggio 1925), tre eventualità:

Si può cioè trattare:

1) di una ipertrofia infiammatoria diffusa dell'epiploon, come conseguenza di una flogosi nel cavo peritoneale, o di un trauma cronico (cinto erniario, ecc.);

2) di un tumore epiploico comparso dopo una operazione, per infezione primitiva o secondaria dell'omento (legature, ecc.);

3) di un tumore apparentemente spontaneo, senza alcuna dipendenza con una alterazione organica o con una operazione anteriore.

I primi due gruppi sono ben conosciuti, mentre più oscuro ad interpretarsi resta il terzo, e l'autore ne riporta un caso, capitato sotto la sua osservazione.

Si trattava di un soggetto di 58 anni sofferente da molto tempo di stipsi, il quale due anni prima era stato colpito da un ileo, guarito con cure mediche, e quattro mesi prima da un attacco doloroso addominale, simulante un'appendicite acuta. Due mesi dopo tale attacco il paziente notò comparsa nella regione cecale di un tumore indolente, senza febbre nè ittero, ma accompagnato da deperimento notevole. Coll'operazione si estrasse un tumore sferico solido, intimamente connesso con il lembo inferiore destro dell'epiploon, il quale appariva normale in tutte le restanti porzioni. L'appendice era sana e non esisteva alcun rapporto anatomico tra questa e l'omento.

La critica di tale caso ci fa ammettere che la sorgente infiammatoria, per quanto non chiara, possa ricercarsi forse in una pregressa tiflite, erroneamente diagnosticata per appendicite. Tale nesso patogenetico lo si deve ammettere perchè, sebbene la funzione dell'omento non sia ancora ben conosciuta, la sua compartecipazione a tutti i processi morbosi della cavità addominale è un fatto indiscutibile. Non è per esempio infrequente il caso che, dopo appendiciti, permanendo dolori nella regione cecale, si siano trovate all'operazione masse infiammatorie ispessite dell'epiploon.

Dal punto di vista pratico si può dire che, fino a quando la flogosi epiploica è diffusa si può consigliare la terapia aspettativa; ma, non appena si rilevano i segni netti del tumore formatosi, l'operazione sarà praticata al più presto.

Per precisione terminologica ri riserberà il nome « epiploite » per le forme diffuse, parlando di « tumore infiammatorio dell'epiploon » negli altri casi.

M. FABERI.

I tumori del mediastino.

La sindrome mediastinica consiste soprattutto in crisi di dispnea che possono simulare l'asma e dalla tosse a tipo di pertosse. Se, contemporaneamente, si ascolta un soffio sistolico all'aorta, il malato viene trattato come un cardiaco e solo l'insuccesso terapeutico fa comprendere che si è su una strada falsa. Il tipo della tosse non ha però la ripresa fischiante della pertosse e

nemmeno i vomiti di questa. Quando dominano i disturbi laringei, se si tratta di un bambino, si pensa all'edema della glottide, al crup, ad una laringite stridula. Gli edemi fanno pensare ad una nefrite o ad una cardiopatia, la disfagia fa credere ad una stenosi esofagea. L'epatomegalia e l'ascite consecutiva alla compressione della cava inferiore sono a torto attribuiti a cirrosi.

L. Ramond (*Journal des praticiens*, 2 aprile 1925) descrive una serie di sindromi mediastiniche regionali.

1) *Del mediastino superiore ed anteriore*. Sindrome di obliterazione della cava superiore. Edemi, cianosi della faccia e degli arti superiori, circolazione venosa collaterale pretoracica ed addominale.

2) *Del mediastino medio*. Sindrome respiratoria in rapporto con la compressione della trachea e dei bronchi. Altre volte esistono disturbi di fonazione e dell'esofagismo per compressione del ricorrente di sinistra. È inoltre da segnalarsi l'ineguaglianza dei due polsi nel caso in cui si trovi una lesione aortica fra l'origine del tronco brachio-cefalico e quella della succlavia destra. Le pulsazioni aortiche possono trasmettersi alla trachea ed alla laringe.

3) *Del mediastino inferiore*. Compressione della cava inferiore con edema degli arti, fegato grosso con ascite. Questa sindrome è dovuta per lo più ad una pericardite tubercolare estesa al mediastino. Si può anche avere depressione pluricostale nella regione cardiaca.

4) *Del mediastino posteriore*. Disturbi disfagici, esofagismo, crisi di asma, spasmo glottideo, di tosse pertossoide, senza che i segni fisici spieghino tali disturbi.

La sifilide affetta il mediastino superiore, la tubercolosi quello inferiore, il cancro il posteriore. La prima si trova piuttosto nell'adulto, la seconda nell'infanzia, il terzo nei vecchi. Si deve pensare anche ai tumori benigni (cisti idatidi) ed all'adenopatia leucemica. La radiografia porterà spesso la luce sulla oscura sindrome.

Il trattamento sarà guidato dalla causa; quello chirurgico è possibile nelle cisti idatidi e negli altri tumori benigni.

fil.

TERAPIA.

Il regime latteo,

Il regime latteo, spesso prescritto per le sue qualità ipoclоruranti, diuretiche ed antiputride non viene ordinato da tutti con le stesse modalità. Alcuni lo prescrivono in quantità di 3-4 litri al giorno a dosi frazionate di 200 cmc. ogni 2 ore; gli americani arrivano invece a 5 litri, dandone mezzo litro ogni 2 ore. J. Konings (*Le Scalpel*, 18 luglio 1925) osserva che la dose più adatta è quella di 200 cmc. ogni 3 ore; vi sono degli individui che tollerano male il latte, mentre d'altra parte è necessario evitare la provocazione di disturbi digestivi. Un altro fatto che non viene abbastanza tenuto in considerazione è la tensione arteriosa, tanto più che il latte viene spesso consigliato agli ipertési, per i quali è invece prescritta la riduzione dei liquidi; secondo l'A. si potrebbe in tal caso dare il numero di calorie necessarie riducendo il latte con l'ebollizione.

In ogni malato sottoposto al regime latteo assoluto, si deve prescrivere il riposo in letto ed un'accurata lavatura della bocca con acque alcaline per evitare lo sgradevole impastamento della bocca. Allo scopo di impedire la coagulazione in massa nello stomaco, alcuni autori consigliano di tagliare il latte con acque alcaline (tipo Vichy) e per rendere meno sgradito il latte di aggiungervi dello zucchero vanigliato o del rum.

Il latte va prescritto, oltre che nell'ulcera gastrica, in tutte le intossicazioni, nelle malattie infettive in cui dà al rene il minimo lavoro; esso è anche consigliabile nella convalescenza di certe malattie, come coadiuvante nella sovraalimentazione.

Il latte ha però parecchie controindicazioni. Deve essere proscritto nell'enterite putrida, nell'enterite acuta, nelle coliti croniche, nelle fermentazioni con gas abbondanti. Alcuni malati, pur non soffrendo nelle vie digerenti, non tollerano il latte; dopo scarse quatità di esso, hanno feci acide, giallo-pallide, pastose ad odore acuto; in altri invece, il latte produce costipazione, con feci dure, biancastre. In questi casi si potrà, nei diarroici, ridurre il latte con l'ebollizione oppure darlo coagulato; nei costipati, si vedrà di diminuire la calce, controbilanciando gli effetti costipanti di questa con la somministrazione di magnesia.

fil.

L'azione dello zucchero nello stomaco.

Qualsiasi sostanza che venga introdotta nello stomaco vi produce una triplice reazione: fisica, chimica, cellulare.

La prima serve a ristabilire la concentrazione molecolare adeguata all'ambiente gastrico, vale a dire concentra le soluzioni troppo deboli e diluisce quelle troppo concentrate. La reazione chimica consiste nella secrezione di HCL e di fermenti proteolitici, e determina la scomposizione delle molecole albuminoidi mentre la saliva agisce sugli idrati di carbonio.

Infine vi è la reazione cellulare che consiste in un afflusso di leucociti e che Loeper e Marchand

(*Progrès Médical*, 1925, n. 21) hanno chiamato *leucopedesi*.

Essa è variabile con la natura chimica dell'alimento e col grado della sua azione irritante sulla mucosa gastrica.

Il sistema nervoso influisce sulle leucopedesi poichè con la sezione del vago, essa aumenta; ma anche l'acidità dell'ambiente gastrico sembra avere la sua influenza, poichè se questo è ipoclori-drico, la reazione è maggiore che nei casi di ipercloridria.

I leucociti sciogliendosi mettono in libertà i fermenti che contengono (lipasi, amilasi, proteasi) in maniera che le azioni del succo gastrico vengono ad essere rinforzate.

Se la leucopedesi è debole, la vulnerabilità dello stomaco e conseguentemente di tutto l'organismo, è maggiore, per cui tale leucocitosi ha interesse curativo notevole e la somministrazione di un alimento o di un farmaco che la favorisca sarà vantaggioso tanto per lo stomaco che per tutto l'organismo. L'atropina, l'acqua peptonata, lo zucchero sono i tre leucopedetici più potenti. Migliore di tutti sembra essere lo zucchero, poichè esso provoca una leucopedesi elevata, mentre ha sulla secrezione gastrica un'azione debolissima. Agisce come protettore della mucosa e come protettore dell'organismo e gli AA. hanno studiato queste due azioni principalmente nell'ulcera dello stomaco e nell'anafilassi alimentare.

Nell'ulcera l'azione dello zucchero si svolge anzitutto sulla secrezione, poi sui dolori tardivi e sui vomiti, attenuandone la frequenza e l'intensione. Esso infatti diminuisce il succo gastrico, di modo che ingerendo dell'acqua zuccherata, l'ambiente gastrico viene diluito e così si attenua l'azione irritante e corrosiva di un succo gastrico troppo acido.

Inoltre lo zucchero riduce la secrezione, tanto è vero che unito a un pasto qualunque o a uno di prova si ha una secrezione d'acido che è due volte minore di quella provocata da un pasto normale.

Nell'ulcera gastrica forse per il risultato di una azione vagotonica esiste quasi sempre leucopenia. Orbene, una soluzione di saccarosio o di glucosio fa affluire nell'ambiente gastrico i leucociti in abbondanza e diluendo il succo gastrico e inibendone la secrezione, impedisce la dissoluzione dei leucociti.

Lo zucchero può quindi essere ben somministrato nell'ipercloridria, come profilassi, e nell'ulcera gastrica, come cura.

In molti individui l'ingestione di alcuni rimedi e sostanze alimentari, provoca un'azione irritante sullo stomaco, vale a dire esistono mucose gastriche particolarmente sensibili e altre che si sensibilizzano in capo a un certo numero di anni.

Trattasi, in questi casi, di anafilassi locale della mucosa gastrica, primo tempo di una anafilassi generale.

Gli AA. hanno potuto constatare che lo zucchero per prevenire questi accidenti generali, è un alimento di primo ordine. Infatti, dai casi studiati, gli AA possono concludere, che lo zucchero accrescendo la leucopedesi gastrica, riduce la tossicità di certe sostanze alimentari e di certi medicamenti.

A. POZZI.

Lo stovarsolo nel parassitismo intestinale.

L'azione dello stovarsolo nella dissenteria amebica si va sempre più affermando; esso migliora inoltre tutti i casi di lambliosi portandone anche alcuni a completa guarigione, distrugge i Blastocystis, calma le diarree, le nevralgie tossiche.

Marchoux (*Paris médical*, n. 47, 22 novembre 1924) su 59 casi di dissenteria amebica trattati con lo stovarsolo non ha avuto che due insuccessi. Al 2°-3° giorno del trattamento si ha la scomparsa delle amebe e delle cisti, le scariche diminuiscono mentre le feci assumono consistenza dura.

Durante la cura il malato non è necessario che sia sottoposto a regime speciale, solo dovrà astenersi dal bere vino, dal fumare e dal mangiare burro. Tutto il trattamento dura 6 settimane e le feci vengono osservate ogni 7 giorni.

La dose è varia a seconda che si tratti di forme acute o croniche. Per le prime l'A. somministra gr. 0.50 di stovarsolo al giorno (in compresse da 0.25 masticate con gli alimenti) e dopo 3 settimane gr. 0.25 pro die.

Nelle forme croniche, occorre usare dosi più forti: gr. 0.50 il primo giorno, 0.75 il secondo, gr. 1 il terzo ed il quarto, poi 1 gr. ogni due giorni fino all'ottavo giorno.

Nella seconda settimana la dose viene ridotta a 0.75 gr. ogni 2 giorni, e nella terza settimana a gr. 0.50. La cura è terminata dalla somministrazione giornaliera di gr. 0.25 per altre 3 settimane.

L'A. ha anche usato lo stovarsolo in 21 casi di lambliosi. Di questi in alcuni si ebbe la scomparsa duratura dei parassiti, cessazione della diarrea e miglioramento rapido dello stato generale. In altri invece la scomparsa dei parassiti non fu che temporanea, poichè dopo 15 giorni, contemporaneamente ai disturbi che li accompagnano, i parassiti comparvero nuovamente nelle feci. In tali casi l'A. consiglia di somministrare ai pa-

zienti 0.25 gr. di stovarsolo pro die per 15 giorni al mese.

La presenza di Blastocystis nell'intestino umano dà luogo, quando siano estremamente abbondanti, a scariche diarroiche ribelli. In 29 pazienti, dei quali le feci erano state positive per questo solo parassita, lo stovarsolo determinò la guarigione completa.

L'azione dello stovarsolo che, apparentemente non esercita alcuna azione sulla flora microbica intestinale, deve, con molta probabilità, essere dovuta al fatto che l'arsenico, sotto questa forma, da una parte attiva l'azione delle diastasi digerenti e dall'altra rende imputrescibili i residui alimentari.

A. POZZI.

Un trattamento semplice e rapido dei vomiti.

E.-P. Lebrun e H.-V. Gibson (*Journ. amer med. Assoc.*, 25 aprile 1925) hanno trovato che l'introduzione di 50-200 cmc. di soluzione di cloruro di sodio al 2 % ristabilisce la direzione normale dei movimenti peristaltici nei casi di vomito, facendo cessare questo quasi immediatamente, qualunque ne sia la causa. Hanno trattato a questo modo 15 casi di vomito da cause diverse, sempre con pieno successo. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il meccanismo di azione dello jodio.

Il meccanismo dell'azione terapeutica esercitata dallo jodio è tuttora soggetto di discussione. Tra le teorie più accette è quella che invoca una diminuzione della viscosità del sangue e, conseguentemente, una migliore irrorazione di tutto l'organismo. Secondo Müller e Inada le modificazioni della viscosità del sangue sono da riferirsi agli elementi cellulari e non già al siero. Ora, poichè appunto la tensione superficiale delle emazie ne influenza la velocità di sedimentazione, H. Effrain (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1924, n. 31) ha esaminata la velocità di sedimentazione di arteriosclerotici prima e dopo la cura jodica. Ha riscontrato in 4 casi su 5 un notevole accertamento di tale velocità, ciò che conferma le citate vedute di Müller e Inada. *fil.*

L'intossicazione sperimentale da tabacco.

Dalle ricerche di F. Alessio (*Annali di clinica medica e di medicina sperimentale*, ottobre 1924), risulta che la nicotina, agendo sulle terminazioni del depressore e per mezzo di questo centro del nervo sul vago, determina ipotensione. È questo meccanismo reflesso che spiegherebbe la maggior parte dell'effetto ipotensivo. A completare l'ipotensione, concorre poi anche un meccanismo extracardiaco, probabilmente vasodilatatorio nel dominio dei nervi splancnici.

La nicotina eccita altresì il centro cardioinibitore (bradicardia e ampliamento sistolico a vaghi integri), ed agisce probabilmente anche sull'apparato cardiosistolico (ampliamento vagosistolico a vaghi recisi). *fil.*

IGIENE.

Il contagio tubercolare fra adulti.

Si ammette oggi generalmente che l'infezione tubercolare ha luogo sopratutto nella prima infanzia, come è dimostrato dalla percentuale di cutireazioni positive alla tubercolina, sempre più alta man mano che si cresce con l'età fino verso i 14-15 anni, in cui si arriva al 99 %. Rimane però aperto il problema se la tubercolosi dell'adulto sia una reviviscenza di quella acquisita nell'infanzia oppure sia dovuta a nuova infezione; gli ambienti cittadini sono di fatto, talmente bacillizzati che nuovi apporti di bacilli sono sempre da temere e ad essi sarebbe da attribuire la tubercolosi clinica che si manifesta nell'adulto. La dimostrazione di questa tesi non è agevole ed i casi in cui si è voluta raggiungere non sono sempre convincenti.

Una delle condizioni più favorevoli per la nuova infezione nell'adulto è data certamente dallo stato coniugale; si può dire anzi che in nessuna altra occasione si realizza un contatto tanto intimo e prolungato quanto fra due coniugi. Le possibilità di introdurre nell'organismo dei bacilli tubercolari si moltiplicano quindi a dismisura, in confronto di quelle che si hanno nella vita comune, e non sono nemmeno confrontabili con quelle che si possono avere fra compagni di lavoro, oppure nell'occasionale eventualità di introdurre dei bacilli per contatto col malato o con le goccioline da esso emesse, ovvero per la respirazione di polveri contenenti bacilli provenienti da sputi disseccati.

Sulla tubercolosi coniugale si è scritto molto per dimostrare che essa è frequente, oppure per sostenere la tesi contraria. Recentemente E. Arnould (1) ha fatto una larga disamina delle statistiche pubblicate sulla questione ed è giunto alla conclusione che realmente fra i coniugi si osserva una percentuale di morbosità tubercolare che è superiore a quella che si ha per individui di età corrispondente e che può talora anche arrivare ad un eccesso del 50 % su quest'ultima, ma si mantiene di solito al di sotto di tale cifra.

---

(1) *Revue de la tubercolose*, marzo 1925.

Probabilmente però l'eccesso di morbosità tubercolare fra i coniugi va ridotto. Le statistiche relative a questa sono per lo più basate fra la popolazione povera o, per lo meno, non agiata, mentre il confronto è stato fatto con la mortalità generale. Per uno studio preciso, si devono considerare le condizioni economiche, quelle dell'ambiente di lavoro e fare il confronto fra gruppi omogenei; in tal modo l'eccesso viene ad essere ridotto della metà. Queste conclusioni collimano con quelle di Weinberg (1) dedotte dalla mortalità per tubercolosi di Stuttgart e, se sufficientemente provate, sarebbero di notevole importanza. Come si è accennato, in nessun'altra condizione si ha tanta probabilità di contagio quanto nello stato coniugale e quindi in esso si dovrebbe avere una percentuale altissima di infezioni tubercolari. Il fatto invece che essa sia piuttosto bassa, poichè considerando gruppi omogenei verrebbe ridotta al 25 %, è un argomento contro la teoria dell'infezione esogena nell'adulto, ed in favore della immunità acquisita con la prima infezione nell'infanzia. Il contagio non potrebbe quindi invocarsi che in circostanze eccezionali e non da esso dipenderebbero le variazioni di frequenza della tubercolosi osservate nei diversi gruppi di adulti secondo l'età, il sesso, le professioni, le condizioni economiche, ecc. Il perno della lotta antitubercolare per l'adulto non dovrebbe quindi essere quasi esclusivamente diretto contro il contagio; anche questi fatti dimostrano le manchevolezze di una lotta diretta quasi soltanto contro il bacillo, mentre si deve rivolgere l'attenzione a tutte le condizioni che mettono l'organismo in grado di resistere e di non essere sopraffatto dalla infezione in esso latente.

fil.

(1) Rif. in *Office international d'hygiène publique*, giugno 1925.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. A. Herentano da Coimbra:

Di opere italiane sulla peste non conosco che quella di G. D'Ormea, in cui però l'argomento è trattato piuttosto dal punto di vista igienico e profilattico anzichè clinico. Vi è poi la monografia sulla peste nel trattato diretto da LUSTIG: *Le malattie infettive dell'uomo e degli animali* (F. Vallardi, ed., Milano).

Sull'alastrim non esiste nessuna particolare pubblicazione italiana. Il nostro giornale se ne è occupato in una rivista sintetica (Sez. pratica, 1924, p. 1109).

Per quanto riguarda le affezioni endocrino-simpatiche, veda N. PENDE. *Endocrinologia*. F. Vallardi, Milano.

fil.

Al dott. M. M. da M.:

Patologia medica. L'ultima recente edizione dello STRÜMPELL (F. Vallardi, ed., Milano). — MOHR e STAHELIN. *Medicina interna* (Ibidem). — *Tubercolosi medico-chirurgica*. Una monografia completa sull'argomento non esiste, ma vi sono molti trattati speciali. Veda, p. es., il *Trattato italiano sulla tubercolosi*, in corso di pubblicazione presso F. Vallardi, Milano, e le *Conferenze sulla tubercolosi* dirette da GHON e JAKSCH e WARTENHOST (stesso editore) che mettono il medico pratico in contatto con i punti più interessanti della clinica della tubercolosi. Veda anche BRECCIA. *Tubercolosi polmonare*. Unione tip. ed. torinese. — *Terminologia medica*. Non esiste un repertorio italiano moderno. — *Endocarditi settiche*. Cfr. TRENTI. *I tipi di streptococco nell'endocardite maligna*. Policlinico, S. M., 1923. MICHELI. *Endocardite lenta*. Estratto da Minerva medica, presso la redazione di detto giornale. O. RONCHETTI. *Endocardite maligna a lento decorso da Streptococcus minor*. Clinica medica italiana, luglio-agosto 1924.

fil.

Al dott. E. T. da P.:

1) Sull'esercizio dei medici italiani all'estero vedasi *Policlinico*, Sez. prat., fascicolo 15 del corrente anno.

2) Per potere essere ammessi agli esami di medico di bordo occorrono due anni di laurea.

C.

Al dott. I. B. da S. P. N.:

Nel *Prontuario dell'igienista* del FILIPPINI troverà svolti i programmi per i concorsi ad ufficiale sanitario.

C.

Al dott. G. Z. da R. d. N.:

Il ricorso è stato esaminato dal Cons. Sup. di Sanità e l'esito verrà comunicato all'interessato per il tramite di ufficio.

C.

Al dott N. S., da Tripoli:

Consulti: FILIPPINI. *Prontuario dell'igienista*. Pozzi, ed., Roma. — BRULÉ. *Recherches sur les ictères*. Masson e C.ie, Parigi. — PETELLA. *Le malattie del cuore secondo le moderne vedute*. Idelson, ed., Napoli (può rivolgersi anche alla nostra Amministrazione).

INDEX.

Concorso per medici della R. Marina. — All'abbonato n. 11-463:

Il concorso, per esami, alla nomina di 15 tenenti medici in servizio attivo permanente nel corpo sanitario militare marittimo avrà luogo in Roma l'11 gennaio 1926.

Potranno prendere parte al concorso:

1) i tenenti e sottotenenti medici di complemento della R. Marina;

2) i tenenti e sottotenenti medici di complemento del R. Esercito;

3) i medici civili che non avranno superato l'età di 30 anni alla data di chiusura del concorso (cioè: 15 novembre 1925).

I concorrenti potranno presentare il certificato dell'esame di Stato il giorno 11 gennaio 1926, ma non più tardi.

Per più dettagliate informazioni e per ottenere i programmi d'esame rivolgersi alle Direzioni degli Ospedali Militari Marittimi (Spezia, Taranto, Venezia, Pola, Maddalena) alla Direzione dei servizi sanitari della R. Marina di Napoli, a quella dell'infermeria di Brindisi, oppure al Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità Militare Marittima). F. E. M.

Esami per medici di bordo. — Ai dottori P. D'A., L. Ricci e altri:

Una sessione di esami per l'abilitazione a medico di bordo avrà luogo, con tutta probabilità, tra la fine del corrente anno e il principio del prossimo.

C.

Al dott. G. Ruocco da Apecchio (Pesaro):

Qualora si tratti di un vero malato mentale dovrebbe rimanere al manicomio o in una delle tante case di salute specializzate esistenti in molte città; se invece si ha da fare con un anomalo psichico educabile potrebbe essere accettato in un istituto come quello ben noto del prof. S. De Sanctis, Villa Amalia, Viale della Regina, Roma; o nell'Istituto medico-pedagogico emiliano del dott. U. Neyroroz (Bologna, Ravone Casaglia) o anche nell'istituto Zaccaria Treves di Milano.

G. A.

Al dott. D. G. da Roma:

Impotenza. Consulti i comuni trattati di venereologia e di malattie sessuali in genere. Non conosco alcuna monografia italiana sulla questione. L'argomento è trattato da DAVIS (*Impotency, Sterility and Artificial Impregnation.* Mosby Comp. ed., St-Louis, da F. MATTHIAS (*Die sexulle Insuffizienz und ihre Behandlung.* Verlag d. aerztl. Rundschau, Monaco) e da W. STEKEL. *Die Impotenz beim Mann* (Urban e Schwarzenberg, Berlino-Vienna), in cui però esso è considerato essenzialmente dal punto di vista del freudismo.

Sulla medicina costituzionale, consulti N. PENDE, *Le debolezze costituzionali* (due volumetti della Collezione di attualità della medicina, Bardi, ed., Roma) e TH. BRUGSCH, *Die allgemeine Prognostik.* Urban e Schwarzenberg, ed. *fil.*

VARIA.

I radioelementi non ancora utilizzati in medicina.

La signora Curie ha fatto una comunicazione all'Accademia di Medicina di Parigi sui radioelementi non ancora utilizzati in medicina.

La Curie ha accennato brevemente alla storia della nuova scienza della radioattività. Le scoperte fatte in questo campo hanno rivelata l'esistenza di circa quaranta elementi nuovi detti *radioelementi*, i quali hanno la proprietà comune di subire una trasformazione atomica emettendo raggi di tre specie: *raggi* α consistenti in atomi d'elio a carica positiva animati da grande velocità; *raggi* β o elettroni molto più piccoli dell'atomo dell'idrogeno, anch'essi animati da grande velocità; *raggi* γ, vibrazione elettromagnetica analoga alla luce ed ai raggi X, ma con una frequenza molto più elevata.

Dal punto di vista del potere penetrante i raggi α sono i più assorbibili, i raggi β sono più penetranti, ed i raggi γ ancora di più.

Il radium è il radioelemento più noto perchè è stato isolato, è prodotto industrialmente ed è molto usato in medicina. Un po' meno noto è il mesothorium anch'esso preparato dall'industria come sottoprodotto della preparazione del thorium; ha applicazioni mediche analoghe a quelle del radio. Ma gli altri radioelementi non sono conosciuti che dai tecnici, mentre potrebbero essere utilmente sfruttati dalla terapia. Al riguardo occorre esaminare se la preparazione di queste materie richiede sforzi d'organizzazione e se in effetti essi forniscono raggi che non sono emanati dal radio.

La terapia adopera i radioelementi in due modi: come sorgente esterna, ed allora la materia attiva è chiusa in tubi o legata a piastre, e come sorgente interna ed allora la materia radioattiva è introdotta nell'organismo con iniezioni, bevande o inalazioni.

Nel primo caso si può far variare a volontà la durata dell'applicazione, e delle tre specie di raggi — α, β, γ — emessi da un tubo di radio si possono eliminare i più assorbibili, α e β, mediante filtri adatti, e conservare i più penetranti, γ. Questi ultimi non possono essere mai eliminati, per modo che i raggi α e β non possono essere mai utilizzati da soli quando si adopera un tubo di radio.

Il secondo metodo — introduzione della materia radioattiva nell'organismo — presenta maggiori complicazioni. Non solo il genere di raggi dipende dalla natura del radioelemento, ma la distribuzione dell'irradiazione può dipendere dal modo con cui il radioelemento si fissa sui tessuti o s'elimina dall'organismo, e la durata dell'azio-

ne dipende dalla durata di vita del radioelemento, di modo che gli effetti ottenuti con elementi a vita breve potranno essere salutari, mentre un elemento a vita lunga potrà dare risultati nefasti.

I radioelementi vengono generalmente raggruppati in tre famiglie: famiglia dell'uranium-radium, dell'actinium e del thorium. L'uranium ed il thorium sono elementi primari e la loro trasformazione radioattiva produce derivati successivi. La famiglia dell'actinium deriva dall'uranium, ma il modo di discendenza non è ancora ben chiaro.

È notevole il fatto che tutti i radioelementi si trovano in minerali d'uranium e di thorium; tuttavia alcuni di essi si ottengono dai loro ascendenti diretti a vita lunga, di modo che questi ascendenti possono essere considerati come corpi che bisogna estrarre nei laboratori, immagazzinarli e poi utilizzarli per la produzione di derivati mediante operazioni semindustriali.

Nella famiglia dell'uranium si trova un corpo chiamato uranium X_1, che ha un periodo di circa 24 giorni. Questo corpo è seguìto da un discendente a vita breve, uranium X_2, e l'insieme emette raggi β con pochissimi raggi γ, per modo che si può utilizzarlo per l'applicazione dei raggi β sull'organismo. L'uranium X_1 ha le proprietà del thorium e si può separarlo dall'uranium nel quale si accumula in quantità limitata determinata dalle leggi dell'equilibrio radioattivo. Finora questo corpo non è stato separato che per ricerche fisico-chimiche ed i metodi indicati sono molto vari. Mediante uno di questi metodi si può prelevare dall'uranium l'uranium X a misura che esso si riforma; dopo il periodo di 24 giorni se ne può estrarre la metà della quantità limite che l'uranium può contenere.

L'elemento che succede all'uranium X nella famiglia è un corpo di lunga vita, l'ionium, che si trova nei minerali in quantità 50 volte più grande del radio e che praticamente emette solo raggi α. Questo corpo è isotopo del thorium e si trova sempre mescolato con questo nei minerali; da questi quindi si estrae sempre un miscuglio ionium-thorium, che non può essere modificato perchè la separazione degli isotopi è quasi impossibile.

L'ionium-thorium non è stato ancora preparato industrialmente, ma si potrebbe ricavarlo come sottoprodotto del radium, e potrebbe avere applicazioni pratiche nella preparazione di sostanze luminose. Per l'uso in medicina bisogna tener conto del fatto che la sua attività specifica è minore di quella del radio, per modo che la quantità di materia necessaria per ottenere la stessa radiazione α è molto più grande.

Il radon o emanazione del radium è un corpo gassoso la cui preparazione è un'operazione abituale quantunque delicata in parecchi istituti di radiumterapia.

Il periodo del radon è di circa 3,8, lo si estrae dalle soluzioni di radium accompagnate da mescolanze di gas che si estraggono con adatti reattivi. Il radon purificato si raccoglie in ampolline la cui radiazione, quantunque diminuisca col tempo, è della stessa natura di quella che proviene dai tubi di radium.

Dal radon derivano parecchi altri corpi: quelli A, B, C hanno vita breve ed ai corpi B e C si devono le radiazioni γ delle ampolle d'emanazione. Il derivato seguente, il radium D, o radiopiombo, è un corpo a vita lunga con periodo di sei anni e che si trova nei minerali in proporzione di 10 mmgr. per ogni grammo di radium. Si ottiene come sottoprodotto nella preparazione del radium. Ha importanza per i suoi derivati, il radium E ed il polonium, di cui il primo dà solo radiazioni β ed il secondo solo radiazioni α. Il radiopiombo può essere ottenuto sia dai minerali di piombo sia dai prodotti di distruzione del radon e suoi derivati.

Il polonium (periodo 140 giorni) si estrae mediante deposito sull'argento. Una sottile lamina di argento tenuta per qualche ora in lenta rotazione nella soluzione, raccoglie il polonium che vi si trova. Mediante opportune manipolazioni, si può dalla lamina d'argento raccogliere il polonium in soluzione. Con il polonium così preparato sono state fatte le belle esperienze di Lacassagne e Lattès sulla fissazione del polonium da parte dell'organismo e sulla microradiografia degli organi.

Il radium E può essere ottenuto da soluzioni di radiopiombo mediante deposito su nikel o rame.

Passando alla famiglia del thorium è a ricordare che il mesothorium 1, primo derivato del thorium, si prepara industrialmente con gli stessi procedimenti adoperati per il radium di cui è isotopo, e che dà luogo al radiothorium. Il prodotto seguente, il thorium X, con periodo di 3, 6 giorni, ha avuto applicazioni mediche.

Nella serie dell'actinium finora non sono state tentate preparazioni regolari; nè l'actinium nè il protactinium sono stati ancora preparati in quantità notevoli a causa delle difficoltà di estrazione. Se si disponesse d'una certa provvista d'actinium si potrebbe organizzare la preparazione dell'actinium X (periodo 11.2 giorni) separandolo dall'actinium e dal radio-actinium mediante precipitazione di questi ultimi con ammoniaca.

La signora Curie ha recentemente istituiti laboratori chimici per organizzare la produzione di tutti i radioelementi elencati in questa comunicazione in modo da fornire alla medicina prodotti selezionati ed appropriati ciascuno alle singole indicazioni terapeutiche.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Norme transitorie per gli esami di Stato.

Con R. D. 16 luglio 1925, n. 1415 (*Gazz. uff.* 21 agosto, n. 194) sono state emanate le seguenti disposizioni transitorie per l'applicazione del regolamento per gli esami di Stato approvato con R. D. 29 giugno 1924, n. 1388:

Art. 1. — Nella sessione dell'anno 1925 sono sedi degli esami di Stato tutte le università e gli istituti superiori di cui alle tabelle *A* e *B* del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

I candidati possono sostenere gli esami in qualunque sede, salvo il disposto del seguente articolo per gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di architetto.

I professori di ruolo componenti le Commissioni per la sessione dell'anno 1925 non debbono tutti appartenere alla università o istituto sede di esami.

Art. 2. — Nella sessione dell'anno 1925 gli esami di Stato si svolgono in conformità delle seguenti disposizioni:

1° gli esami di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo consistono in una prova orale pratica di medicina e in una prova orale pratica di chirurgia, con le norme stabilite dagli articoli 40 e 41 del R. decreto 19 giugno 1924, n. 1388, senza l'obbligo, per la prova di medicina, dell'esecuzione delle ricerche di laboratorio.

Le Commissioni esaminatrici sono composte di sei membri, dei quali quattro professori di ruolo, un libero docente ed una persona estranea all'insegnamento universitario. Le Commissioni si suddividono in due Sottocommissioni.

Omissis. Le altre disposizioni riguardano la professione di chimico, farmacista, ingegnere, ecc.

Sussidi per opere igieniche.

Decreto Ministeriale 30 giugno 1925 (*Gazz. Uff.*, n. 184, 10 agosto 1925).

Art. 1. — È approvato il seguente regolamento per l'erogazione dei sussidi in capitale diretti ad agevolare l'esecuzione di opere di provvista di acqua potabile, in sostituzione delle agevolazioni consentite dagli articoli 2, 5 e 13 della legge 25 giugno 1911, n. 586, e dagli articoli 2 e 3 del R. decreto legge 30 dicembre 1923, n. 3132, convertito nella legge 17 aprile 1925, n. 473, nonchè il trasporto ed il rifornimento di acqua potabile, in periodi di siccità, ai Comuni che ne abbisognano, e l'esecuzione in genere delle opere igieniche.

1. — I sussidi che il Ministero dell'Interno è autorizzato a concedere in virtù dell'art. 9 del R. decreto 30 dicembre 1923, n. 3132, saranno erogati e somministrati secondo le norme di cui nei seguenti articoli.

2. — È vietato il cumulo del sussidio in capitale e del concorso nel pagamento degli interessi di un mutuo di favore; ma non la loro coesistenza quando, cioè, ad una parte della spesa prevista, per una stessa opera viene applicato l'uno di detti benefici, e ad un'altra parte l'altro.

Per le opere di sistemazione stradale il sussidio da parte del Ministero dell'Interno potrà essere concesso quando la finalità igienica sia prevalente su quella della viabilità.

Il sussidio non sarà accordato, che previo accertamento che, per le stesse opere, non sia stato concesso altro sussidio del Ministero dei Lavori pubblici, nè trovasi in corso presso il medesimo un'istanza del Comune per ottenerlo.

Della concessione del sussidio sarà data, poi, notizia al detto Ministero.

3. — I sussidi in capitale possono concedersi quando concorrono le medesime condizioni, che sarebbero necessarie per la concessione di un prestito di favore.

4. — I sussidi in capitale possono concedersi in misura variabile da un terzo ai due terzi dell'ammontare della spesa risultante dai preventivi presentati al Ministero e debitamente approvati.

Quando la spesa effettiva sorpassa, poi, le previsioni, si può concedere in base a perizia aggiuntiva, ovvero, a seconda dei casi, in base al certificato di regolare esecuzione dei lavori od al collaudo, un sussidio suppletivo della misura massima di un quinto della maggiore spesa effettiva.

I limiti di cui sopra non sono applicabili ai sussidi pel rifornimento idrico degli abitati in periodi di siccità.

5. — La concessione dei sussidi avrà luogo, ad esclusivo giudizio del Ministero, per le opere che presentino un prevalente interesse igienico e nella misura corrispondente a tale interesse igienico.

6. — La concessione dei sussidi sarà stabilita con decreto a firma di Sua Eccellenza il Ministro o di Sua Eccellenza il Sottosegretario di Stato.

7. — La somministrazione dei sussidi si esegue direttamente in favore dell'Ente concessionario a cura dell'Amministrazione centrale, con le forme previste dalla legge di contabilità generale, per i primi 9 decimi del rispettivo importo, in base a nulla osta del Prefetto e, per l'ultimo decimo, in seguito all'approvazione del collaudo o del certificato di regolare esecuzione delle opere, trasporti e forniture, o della relativa contabilità finale, a seconda dei casi.

Il Prefetto rilascia il nulla osta di cui al comma precedente in base allo stato di avanzamento dei lavori, trasporti, forniture, vistato dal Genio Civile.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

È sempre in facoltà del Ministero di avocare a sè l'esame degli stati di avanzamento e delle contabilità, tutte le volte che lo reputi opportuno.

Solo in casi eccezionali potrà ammettersi deroga alle disposizioni precedenti, e le circostanze speciali, che l'avranno resa necessaria, dovranno risultare da decreti Ministeriali da registrarsi alla Corte dei Conti.

Commissione consultiva per l'igiene scolastica.

La « Gazzetta Ufficiale » n. 145, pubblica il R. D. 24 maggio 1925, n. 958, che qui riportiamo.

Art. 1. — È istituita una Commissione consultiva per l'igiene e l'assistenza scolastica e per l'igiene pedagogica.

Art. 2. — La Commissione dà parere:

1) sull'organizzazione della vigilanza sanitaria nelle scuole pubbliche e private, e sui relativi provvedimenti, demandati alla competenza del Ministero dell'interno, previo concerto col Ministro per la pubblica istruzione, a termine dell'art. 1 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889;

2) sui provvedimenti predisposti di concerto tra i Ministri per l'interno e per la pubblica istruzione, allo scopo di coordinare e disciplinare l'azione delle istituzioni e dei servizi di assistenza sanitaria scolastica e di promuovere l'organizzazione di nuove istituzioni e di nuovi servizi del genere;

3) sui provvedimenti diretti a coordinare l'opera dei medici provinciali e degli ufficiali sanitari comunali nel campo della vigilanza e dell'assistenza sanitaria scolastica, e a promuovere la collaborazione delle scuole e dei patronati scolastici nella lotta contro le malattie sociali, mediante la propaganda fra i maestri, l'insegnamento delle norme di igiene agli scolari, il riconoscimento degli alunni deboli e predisposti alle malattie e la loro assistenza.

La Commissione dà, inoltre, parere sulle questioni sottoposte al suo esame dai Ministri interessati e fa studi e proposte in materia di igiene ed assistenza scolastica e di igiene pedagogica.

Art. 3. — La Commissione è composta dal direttore generale dell'istruzione primaria, dal direttore generale dell'istruzione media, dal direttore generale della sanità pubblica, o da un loro delegato, e da due professori titolari di igiene, scelti, l'uno dal Ministro per l'interno e l'altro dal Ministro per la pubblica istruzione.

I membri di nomina ministeriale durano in carica 3 anni.

La Commissione ha due segretari: l'uno designato dal Ministro per l'interno e l'altro dal Ministro per la pubblica istruzione.

La Commissione ha sede presso il Ministero della pubblica istruzione.

Art. 4. — La Commissione nomina nel suo seno il proprio presidente e si riunisce di regola in sessione ordinaria, due volte l'anno, e in sessione straordinaria ogni qualvolta il presidente lo creda opportuno.

Art. 5. — Per la legalità delle adunanze, si richiede l'intervento di almeno tre commissari.

In caso di assenza del presidente, ne esercita le funzioni il commissario, che, all'uopo, la Commissione designerà volta per volta.

I partiti si prendono a maggioranza e sempre a voti palesi.

A parità di voti, prevale quello del presidente.

Art. 6. — La spesa pel funzionamento della Commissione e della segreteria, sarà a carico del Ministero della pubblica istruzione.

CONTROVERSIE GIURIDICHE

LXII. — Il servizio interinale agli effetti del biennio di prova.

È noto ormai che il servizio interinale, prestato nello stesso Comune e seguìto dalla nomina definitiva in base al concorso, è efficace come periodo di prova. Si è presentato questo caso: il medico interino fu poi nominato titolare, in base a concorso, ma riassunse l'ufficio dopo una breve sospensione di servizio, nel periodo fra interinato e titolarità. Si trattava, quindi, di giudicare se questa discontinuità costituisse vera e propria interruzione, tale da rendere non valutabile il servizio interinale agli effetti del periodo di prova. Ma la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 27 febbraio 1925, n. 121, ha dichiarato che non si verificava un caso di vera e propria interruzione, a norma dell'art. 36 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, anche perchè l'avviso del concorso consentiva al vincitore il termine di 30 giorni dalla notificazione della nomina per assumere servizio.

Ma a prescindere da questa considerazione, la quale attiene alla legittimità del ritardo ad assumere l'ufficio più che alla nozione della continuità richiesta dall'art. 34, sembra a noi che questa condizione non si debba intendere in senso letterale assoluto e che un breve intervallo tra l'una e l'altra prestazione d'opera, specialmente se non vi corrisponda una discontinuità *giuridica*, non si possa ritenere interruzione del servizio atta ad escludere la efficacia del servizio interinale come periodo di esperimento.

La V Sezione, con altra decisione 6 marzo 1925, n. 128, ha dichiarato che la norma del citato art. 36 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, è inderogabile e che perciò sono inefficaci le disposizioni di capitolati speciali o di deliberazioni e anche particolari convenzioni tra medico e Comune, le quali stabiliscano che il periodo di prova decorre dalla data dell'assunzione del servizio in seguito alla nomina per concorso e che non è valutabile il servizio interinale ante-atto.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACCUMOLI (*Aquila*). — Scad. un mese dal 15 ag. Ab. 2879; L. 9500 per 500 pov.; addiz. L. 5 oltre fino a 1000 e L. 3 oltre 1000; per cav. L. 3000; 4 quinquenni decimo. Tassa L. 50 al tesor. com. Docum. a 6 mesi dal 15 ag. Età lim. 35 a. Chiedere annunzio.

AQUILA. *Congregaz. di Carità*. — Med. primario dell'Osped. di S. Salvatore; L. 6000 e compensi dai paganti in proprio. Scad. ore 12 del 25 sett. Età lim. 40 a. Lib. doc. in clin. o patol. med. o triennio di aiuto in Clin. univers. od in Osped. prim. Classifica esami di laurea. Doc. non anter. al 18 ag. Biennio di prova.

BRESCIA. *Spedali Civili*. — Medico primario; lire 6000 (*sic*). Docum. agli Uffici d'Ammin. (v. Moretto 42) non più tardi delle ore 17 del 15 sett. Età lim. 45 a. (ex combatt. 50). Chiedere annunzio.

CARRARA. *Municipio*. — Medico-direttore dell'Ambulatorio anticeltico, presso il Civico Ospedale, alla dipendenza dell'Ufficio Sanit. Provinc. pel tramite dell'Uff. Municip. d'Igiene. Scad. 30 sett. L. 10,000. Domande all'Ufficio Sanitario. Docum. a 3 mesi. Età mass. 45 a. Esame scritto, dimostrativo (prova di sierologia diagnosica) e clinica. Nomina per 5 anni, salvo conferma. Serv. entro 15 gg. È consentito il libero esercizio profess.

CASTELCIVITA (*Salerno*). — Scad. 30 sett. Una delle due cond.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cav., addizion. L. 5 ogni povero eccedente 20 % della popolaz.; tassa L. 50,15.

FIRENZE. *R. Prefettura*. — Uffic. sanit. di Prato; Scad. ore 17 del 10 ott.; L. 12,000 e c.-v.; 8 trienni decimo; valutaz. parziale servizi prestati; è concesso il libero eserc. profess. Età lim. 45 a. Ab. 60,560. Chiedere annunzio.

ISOLA DEL LIRI (*Caserta*). — 2ª condotta; vedi fasc 34; proroga al 30 sett.

MAENZA (*Roma*). — L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4 oltre e fino a 2000; L. 5 oltre; L. 400 uff. san.; 5 quadrienni decimo. Scad. 20 sett. Tassa L. 50 al tesor. com. Servizio entro 20 giorni.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONFUMO (*Treviso*). — A tutto 30 sett.; L. 9500; indenn. trasferta e due c.-v.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Gli esami sono prorogati all'11 gennaio. Tempo utile per la presentaz. dei documenti: 15 novembre; per il certificato dell'esame di Stato fino all'11 genn. Età lim. per i medici civili 30 anni al 1º ott. Chiedere annunzio e programmi alla Direzione Generale Personale Servizi Militari (Divisione Stato Giuridico Personale Militare) o alle direzioni degli Ospedali Militari Marittimi, ecc.

ROMA. *Ministero dell'Interno*. — Il servizio sanitario per il Corpo degli agenti di P. S. verrà affidato a medici civili del luogo, nominati per periodi non superiori a un biennio con Decreto Ministeriale. La retribuzione sarà fissata in base al numero degli agenti residenti nelle Provincie. Età massima 45 a., elevabili a 50 per la prima attuazione del servizio. Obblighi principali sono: 1) trovarsi giornalmente nell'ora fissata dal comandante locale nella sala medica o in altro ambiente a ciò destinato per visitare gli ammalati e prendere visione delle richieste di visite in caserma o a domicilio; 2) eseguire queste visite; 3) prestare assistenza agli ammalati fino alla guarigione o al ricovero in uno stabilimento di cura; 4) vigilare sull'igiene della caserma e del vitto e prendere misure di profilassi; 5) proporre visite di controllo e di rassegna per gli agenti ritenuti inabili. I materiali profilattici e le medicine in dotazione verranno somministrate gratuitamente agli agenti per le cure non superiori a cinque giorni, compiute in caserma.

SALVITELLE (*Salerno*). — Scad. 30 sett. L. 7000.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17; per informazioni rivolgersi Segreteria.

S. PAOLO ALBANESE (*Potenza*). — Cond. resid., serv. pov. L. 7000; L. 500 uff. san.; aum. quadr. Scad. 15 ottobre.

TERRANOVA DI SICILIA (*Caltanissetta*). — A tutto 20 sett. Direttore dell'Ambulatorio Antitracomatoso Comunale. L. 3500; esclusa indenn. c.-v.; dichiaraz. scritta dei concorrenti di accettare le norme che regolano la C. P. dei medici condotti.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Medico-direttore della Sezione malattie infettive in Isola di S. Maria delle Grazie. A tutto il 15 sett. Titoli ed esame. Biennio di prova; conferma fino a 65 a. L. 14,000 oltre L. 2000 disag. resid., vitto individ., L. 1400 serv. att., c.-v. Docum. al Protocollo dell'Osped. entro ore 17 del 17 sett. Età lim. 45 a. Richiedesi assistentato Reparti in medicina int., Istituti di igiene e Laboratori di batteriol. (La duplice data di scadenza è indicata nell'annunzio).

Aiuto nella Divisione Chirurgica III; L. 4800; nomina biennale, conferma di un altro anno e non oltre. Età lim. 35 a. Titoli ed esami. Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 15 sett.

Per i due concorsi tassa L. 50 al Tesoriere. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzi.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Maurizio Bufalini.

È aperto il concorso, presso l'Università di Firenze, al premio Bufalini di L. 6000 pel 1926 da conferirsi alla migliore memoria sul valore del metodo sperimentale nella scienza e nelle singole scienze. Si potrà svolgere anche una sola delle due parti di cui consta il tema e allora si potrà aspirare solo alla metà del premio. Modalità solite.

Indirizzare le memorie, entro il 31 luglio 1926, al direttore della segreteria della R. U. di Firenze, piazza San Marco, 2.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Premi Mantovani.

Si è espletato il concorso indetto dalla Società Italiana di Pediatria ai premi messi a disposizione dalla fondazione Felice Mantovani per lavori riguardanti la fisiologia e patologia della alimentazione dei lattanti.

La Commissione, composta dai proff. Cozzolino, Allaria e Maggiore, ha proceduto alla assegnazione dei premi nel seguente modo:

1) Prof. G. Frontali con il lavoro « Studi sui grassi dell'alimentazione dei lattanti »;

2) Prof. A. Drago con il lavoro « Reazione anafilattica del bambino agli alimenti »;

3) Dott. G. Bentivoglio con il lavoro « La digestione del grasso nel lattante »;

4) Prof. R. Vaglio con il lavoro « I disturbi di nutrizione del lattante ».

Analogo concorso è stato bandito per l'anno 1925 e si chiuderà al 31 dicembre.

Premio del Ministero della P. I.

È stato proposto da una Commissione della R. Accad. dei Lincei (relatore prof. Ercole Giacomini), che il premio del Ministero della P. I. di L. 5000 per aiuti e assistenti universitari e professori delle scuole medie sia, per il 1924, diviso fra il prof. Luigi Castaldi, aiuto dell'Istituto di Anatomia Umana della R. Università di Firenze, e il dott. Fenoglio, geologo.

Premio Angelo Minich.

Il R. Istituto Veneto di scienze, lettere ed arti ha conferito a pari merito il premio Angelo Minich, di L. 5000 pel triennio 1922-1924 al prof. Luigi Castaldi, aiuto dell'Istituto di Anatomia Umana della R. Università di Firenze, e al prof. Paolo Enriques, direttore dell'Istituto di Zoologia della R. Università di Padova.

La Mostra didattica internazionale tenutasi a Firenze ha decretato il diploma di gran premio al prof. Alfonso Di Vestea di Pisa, per la raccolta di pubblicazioni riguardanti l'igiene educatrice e dirette alla formazione della coscienza igienica.

L'« Amherst College » ha conferito *honoris causa* il grado di dottori in scienze ai proff.: Robert T. Miller, clinico chirurgo alla Johns Hopkins University di Baltimora, George G. Sears, clinico medico alla Harvard University di Boston, e Edwin St. J. Ward, decano della American University di Beirut.

Il prof. Richard T. Hewlett, il quale ha lasciato col 1° agosto la cattedra di batteriologia della King's College University di Londra, in seguito alla soppressione della Sezione di batteriologia e di sanità pubblica, è stato nominato professore emerito.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale del fanciullo.

Come avevamo annunziato, si è svolto a Ginevra dal 24 al 28 agosto con largo intervento di medici, igienisti, educatori, sociologi di tutto il mondo. All'inaugurazione parlarono il vice-presidente del Consiglio federale dott. H. Häberlin, il consigliere di Stato incaricato dell'istruzione pubblica dott. A. Oltremare, i proff. v. Pirquet, G. Scelle, Morquio, Temair, il marchese Paolucci de' Calboli per l'Italia, la marchesa d'Aberden.

Tra le relazioni segnaliamo quella del prof. Caronia di Roma sulla prevenzione delle malattie esantematiche; è stata discussa dai proff. Porter di S. Francisco, Nebel di Vienna.

Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Congresso internazionale di climatologia.

Si è adunato a Davos il 22 agosto; tenne il discorso inaugurale il prof. Michel, presidente degli Istituti svizzeri per la fisiologia d'altitudine e per la cura della tubercolosi.

I congressisti assommarono a circa 200. L'Italia era rappresentata dai proff. Baglioni e Palazzo, nominati vice-presidenti, Di Vestea, Morpurgo, Cassinis, Eredia, Levi.

La felice organizzazione si deve al prof. Vogel-Eyserus, segretario generale, che seppe adunare meteorologi e fisiologi di tutto il mondo.

VIII Congresso medico siciliano.

Questo congresso è stato rimandato dall'ottobre prossimo all'aprile 1926. In tal modo è conservata l'abitudine invalsa di tenere i congressi siciliani in primavera, anche per dare agio ai congressisti di partecipare contemporaneamente alle rappresentazioni classiche che vengono eseguite a Siracusa.

Associazione cardiologica americana.

Si è adunata in Atlantic City, alla fine di maggio, sotto la presidenza del dott. Lewis A. Conner; vi sono state fatte molte e pregevoli comunicazioni.

Congresso di medichesse negli Stati Uniti.

Si è tenuto a New York il 23 giugno, sotto la presidenza della dott.ª Cornelia Chase Brandt. La dott.ª Mary E. Hanks, fondatrice e tesoriera di un'istituzione per sovvenire le studentesse di medicina, annunziò che sono state assegnate cinque borse di studio per un importo complessivo di circa 10,000 dollari, pari a 250,000 lire it.

Corso di perfezionamento in dermatologia e venerologia a Strasburgo.

Presso la Clinica delle malattie cutanee e sifilitiche della Facoltà di medicina di Strasburgo, si terrà un corso di perfezionamento in dermatologia

e venereologia, dal 21 settembre al 7 novembre, sotto la direzione del prof. L. M. Pautrier.

Quota d'iscrizione: fr. 200, da inviarsi al prof. Pautrier, 2 Quai St. Nicolas, Strasbourg. Durante il corso, con un minimo di cinque aderenti, se ne istituirà un altro sui principali metodi di laboratorio e di anatomia patologica. Quota d'iscrizione: fr. 150.

I medici stranieri possono chiedere in precedenza notizie sugli alberghi; in ogni caso possono approssimativamente calcolare che esistono delle buone pensioni di famiglia a fr. 30 al giorno.

Omaggio al dott. La Rosa.

A Catania, nei locali dei Sindacati provinciali, convennero numerosi ufficiali sanitari della provincia, i presidenti degli Ordini dei medici e dei veterinari, il medico provinciale ed altre personalità, per offrire a nome dei colleghi della provincia al comm. La Rosa, ufficiale sanitario di Caltagirone, una medaglia d'oro, in segno di affetto e di stima. La medaglia fu presentata dal dott. Privitera, ufficiale sanitario di Catania, con un vibrato discorso, seguito da altri, quali il medico provinciale dott. Ronca, il dott. Canale e il dott. Alberti, i quali esaltarono i meriti del collega festeggiato. E la cerimonia si chiuse con un commovente ringraziamento del dott. La Rosa, benemerito dell'igiene pubblica e della classe.

In memoria di Grassi.

Il Governo argentino, per onorare la memoria del prof. sen. G. B. Grassi, ha erogato L. 10 mila per la sottoscrizione a favore dell'Istituto Grassi per lo studio delle malattie parassitarie.

In memoria di Osler.

Nel Museo dell'Università di Oxford è stata scoperta una lapide in bronzo a ricordo di sir William Osler. Essa è la riproduzione di un'altra lapide già murata nell'Università di Maryland (Stati Uniti), opera dello scultore francese F. Vernon.

Per i medici americani J. F. Falton, della Università di Harvard, depose una corona di lauro e di erica bianca ai piedi della lapide.

Un monumento a Darling e Lothjan.

Il Governo del Gran Libano ha deliberato di erigere un monumento alla memoria dei proff. Samuel Taylor Darling, della «Rockefeller Foundation», e Norman Lothjan, della Scuola di medicina militare di Londra, rimasti vittime di un infortunio automobilistico.

All'Università di Lione.

Sono stati inaugurati recentemente, nell'Università di Lione, un busto al prof. A. Poncet, già clinico chirurgo, noto per le sue ricerche sulla «tubercolosi infiammatoria», e una lapide al prof. Jaboulay, che era stato un pioniere della chirurgia del simpatico.

Nella Croce Rossa Italiana.

Il prof. Gaetano Zappelli, che da 42 anni si era adoperato con solerzia all'incremento della sezione napoletana della Croce Rossa, ha rassegnato le dimissioni da presidente; con lui si è dimesso l'intero Consiglio. Il Governo ha nominato R. Commissario il sen. Angiulli.

Nuove condotte mediche a Roma.

Sono state istituite a Roma, con l'approvazione della G. P. A., quattro nuove condotte mediche urbane-suburbane, in aggiunta a quelle urbane e rurali già esistenti.

Elargizione.

Il prof. Cesare Colucci, ordinario di psicologia sperimentale presso la R. Università di Napoli, ha donato a questa Università L. 17,000, per costituire un fondo destinato all'incremento degli studî psicologici.

Per un tubercolosario a Palermo.

Il commissario del Comune di Palermo ha elargito L. 300,000 quale contributo al fondo costituito da banche e da privati per un tubercolosario-sanatorio permanente.

Al Sanatorio Militare di Anzio.

Il Sanatorio Militare di Anzio e l'annessa Colonia Marina Militare, istituzioni che mirano alla profilassi ed alla cura della tubercolosi, sono state visitate dall'on. Mussolini, accompagnato dai sen. Contarini, Cirincione e da altre autorità, e guidato dal direttore cap. med. Bocchetti.

Un ospedale per donne a Lima.

È stato inaugurato a Lima l'Ospedale Arzobispo Loayza, eretto dalla Sociedad de Beneficiencia Publica, riservato alle donne; è a prova di fuoco ed a prova di terremoto; comprende due padiglioni medici, due chirurgici, un edifizio per i servizi amministrativi, una casa per infermiere, con scuola per 150 allieve, ecc.: è costato circa 20 milioni di lire it.

Per il rinnovamento di un ospedale a New York.

Sono stati stanziati 3,250,000 dollari, pari a 100 milioni di lire it., per modernizzare il «Bellevue Hospital» di New York. Verrà costruito ex-novo un edificio per gli ambulatorî, capaci di ricevere 1500 pazienti al giorno.

Un ospedale americano al Giappone.

Con la somma di 6 milioni di yen raccolta dalla Croce Rossa Americana nel 1923 verrà ora eretto ad Honjo, Tokyio, l'Ospedale Doai, per riparare in parte ai danni del terremoto; sarà a quattro piani, in cemento armato, e potrà contenere 600 pazienti; verrà diretto dal dott. K. Miura.

Per la ricostruzione di un ospedale al Giappone.

Il Comitato Internazionale per la ricostruzione dell'Ospedale Generale di Yokohama ha lanciato un appello per la raccolta di fondi. Oltre a un ospedale completamente attrezzato si vorrebbe costruire una scuola per infermiere e un laboratorio di ricerche.

L'Università di Perugia.

Con recente decreto l'antica, gloriosa, libera Università di Perugia passa a far parte delle Università statali, tabella B, e le classi superiori di coltura per gli stranieri sono costituite in Ente.

La città di Perugia è stata festante per questa notizia, comunicata direttamente dal presidente del Consiglio e dal ministro della P. I. al sindaco.

L'Università di New York si annette una Scuola di Odontologia.

Il 20 giugno l'Università di New York si è aggregato il « New York College of Dentistry », che ha assunto il nome di « School of Dentistry of the New York University »; questa scuola venne fondata 60 anni or sono; conta ora circa 600 iscritti.

Nuova scuola medica nel Giappone.

Si è iniziata la costruzione di una nuova scuola medica al Giappone; sarà ultimata nella prossima primavera; la direzione ne verrà affidata al dott. Y. Nukada.

Il " British Medical Journal ".

In seguito al trasferimento dell'Associazione Medica Britannica nei nuovi sontuosi locali di Bloomsbury, di cui demmo notizia nel n. 32, il « British Medical Journal » ha cambiato sede; esso è ora allogato in ambienti superbi; il nuovo indirizzo è: British Medical Association Building, Tavistock Square, London W. C. I.; indirizzo telegrafico: Aitiology Westcent, London.

Per le navi-asilo.

Con R. D. n. 159 è stata approvata una serie di disposizioni concernenti le navi-asilo, le quali sono navi radiate o galleggianti che provvedono all'assistenza, all'educazione ed all'istruzione professionale marittima degli orfani di marinai e pescatori e in genere di ragazzi moralmente e materialmente abbandonati, fino al 18° anno di età.

Sterilizzazione di malati di mente.

Lo Stato di Virginia (Stati Uniti d'America) ha approvato una legge che autorizza la castrazione chirurgica dei frenastenici ed epilettici; la castrazione viene decisa da una commissione composta dai medici dell'asilo o della colonia, in cui l'ammalato è ricoverato. Contro tale deliberato il tutore, un parente o un amico intimo del malato possono produrre appello in Tribunale.

Anche la Luisiana ha adottato una legge simile, ma riguardante solo gli imbecilli e gli idioti, specificando che la sterilizzazione deve essere effettuata con applicazioni di raggi X.

In Inghilterra invece l'« Associazione centrale di igiene mentale » si oppone alla castrazione forzata degli alienati, sostenendo che, in linea generale, bisogna preferire la segregazione di tali malati alla sterilizzazione.

Disciplinamento della specializzazione medica in Germania.

Una convenzione stipulata a Brema dalla Dieta medica tedesca (Deutsche Aerztetag) per disciplinare il titolo di medico specialista (Facharzt) è stata subito tacitamente accettata in molte città della Germania e viene osservata come se avesse forza di legge. Secondo questa convenzione, il titolo dev'essere riconosciuto da una Commissione di sette membri, nominati dal Consiglio della Camera medica (che corrisponde ai nostri antichi Ordini dei medici), dei quali sei estranei al Consiglio stesso mentre il settimo presiede la Commissione.

Medico condannato negli Stati Uniti.

Il dott. Frederick M. Ranney è stato condannato dalla Corte Federale degli Stati Uniti a cinque anni di prigionia, a mille dollari di ammenda e alla restrizione dell'attività professionale, per avere violato la legge Harrison sugli stupefacenti; la condanna alla prigionia però è stata sospesa, in considerazione dell'età inoltrata e dato che egli praticamente non potrà più esercitare la professione.

È morto a Vienna il dott. JOSEF BREUER, in età di 83 anni. Egli aveva insegnato all'Università ma poi si era deciso di rinunziare al posto, a causa di persecuzioni religiose e politiche.

Lascia una serie di trattati pregevoli. A lui dobbiamo la scoperta del senso statico o sesto senso, fatta sperimentando sui canali semicircolari dei piccioni. Egli ha avviato il movimento psicoterapico, che poi doveva essere ulteriormente sviluppato da Freud. Al letto del malato era un diagnosta finissimo e anche un terapista senza rivali.

È morto a 61 anni il dott. ERMANNO PALOMBI, chirurgo primario, direttore dell'Ospedale di S. Severino Marche.

Fu dei primi a fare importanti esperimenti sull'uso dell'ossigeno e dell'acqua ossigenata nella cura delle malattie da infezione. Ha notevoli studi: su una nuova teoria e metodo di cura dell'*Alopecia pityroides*, sulla cocaina, ecc. Il suo armamentario chirurgico è fornito di tre strumenti di propria invenzione.

Profondamente generoso, dedicò la sua opera al bene del popolo, e non chiese mai altra ricompensa che quella datagli dalla certezza di aver compiuto il suo dovere.

P. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 8 apr. — S. I. DE JONG e J. CHRISTOPHE. Valore discutibile del trattam. iodico nella tbc. polmon.

Zbl. inn. Med., 18 apr. — E. BECHER e W. TÄGLICH. I fenoli del sangue nell'insuffic. renale.

Zbl. Gynäk., 18 apr. — G. DÖDERLEIN. V'è una mortalità primaria da radiumterapia del carcinoma uterino.

Pediatria, 15 apr. — L. SPOLVERINI. Importanza scientif. dell'insegnam. d'igiene infantile e fisiopatol. del lattante.

Cl. Pediatr., mar. — G. ARENA. Reaz. di Brahmachari nella diagn. di kala-azar.

Ann. di Ostetr. e Ginec., mar. — G. DELLEPIANE. La ghiand. interstiz. dell'ovaio.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., apr. — I. ABRAHAMSON. Sul tono muscolare. — O. D. C. LEWIS. La inoculaz. della malaria nella p. p.

Biochim. e Terap. Sperim., 31 mar. — G. M. PICCININI. De medicamentorum facultatibus.

Lancet, 18 apr. — J. B. LEATHES. Il compito dei grassi nei fenom. vitali.

Deut. mediz. Wochens., 17 apr. — J. W. HARMS. Gli increti. — K. SPIRO. Compito biologico degli elementi minimali. — A. A. HIJMANS v. d. BERGH e A. SIEGENBEEK v. HEUKELOM. Iperglicemia e glicosuria nelle gastropatie.

Journ. de Méd. de Paris, 12 apr. — A. GRIMBERG. La spermocoltura.

Amer. Journ. Med. Sciences, apr. — C. H. FRAZIER. Fenomeni dolorosi della faccia. — G. R. MINOT e T. E. BUCKMAN. Le piastrine nelle leucemie. — R. PEMBERTON. Effetti del calore esterno sull'organismo. — V. DABNEY. Paralisi di Bell. — C. H. SMITH. Calcio e coagulaz. del sangue.

Brit. Med. Journ., 18 apr. — J. E. ADAMS, J. SHERREN. Sull'appendicite. — C. A. BOTWOOD e a. Tipo anossemico dell'atrofia infantile.

Giorn. d. Med. Prat., apr. — M. FRANCINI. Le membrane di Jackson.

Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst., 25 mar. — R. COSTA. La puntura lombare del feto vivente nell'estraz. di podice.

Spitalul, apr. — P. TOMESCU e N. IONESCU. Turbe del carattere da encef. let. nell'infanzia. — A. RADOVICI e a. Cura dell'encef. let. con iniez. di urotropina.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 12 apr. — G. GALLI. Cause dell'arteriosclerosi. — G. PEDRINONI. Funzionalità epatica nell'encef. let.

Rev. Med. d. Uruguay, feb. — J. B. MORELLI. Neuropatie paratubercolari.

Acta Med. Scandinava, 1-II. — E. LUNDBEY. Diabete e tubercolosi. — S. HAUSEN. Ereditarietà del diabete. — K. KJER. Pepsina libera e combinata nel contenuto gastrico.

Paris Méd., 18 apr. — Numero sulle acque minerali e la climatologia.

Studium, 20 apr. — A. CARDARELLI. Paraparesi spastica.

Münch. mediz. Wochens., 17 apr. — O. BRUNS. Grandezza del cuore e sport. — R. STEPHAN. Patogenesi dell'anemia pern. — H. KAEMMERER. Patogenesi e cura dell'emicrania. — H. SIEGMUND. La sepsi cronica da streptococchi.

Mediz. Klinik, 17 apr. — L. R. MÜLLER e R. GREVING. Struttura e affezioni del cervello medio. — UHLENHUTH e SEIFFERT. L'immunità verso i tumori trapiantabili. — Inchiesta sulla contagiosità della tbc.

Journal Am. Med. Assoc., 4 apr. — E. ADDAS. Cilindri da insufficienza renale. — E. M. LIVINGTON e W. H. SQUIRES. Leucocitosi consecutiva a perforaz. dell'intestino nel tifo.

Brazil-Med., 14 mar. — C. LIAN. Ipertrofia primitiva del cuore.

Med. Ibera, 18 apr. — R. MOLLA. Competenza tecnica e spirito clinico.

Presse Méd., 11 apr. — R. LERICHE. Simpatectomia in ginecologia. — C. A. PERRET e a. Frenicotomia nella tbc. polm.

Amer. Med., mar. — B. H. BEELER. La malattia cronica quale entità.

Scalpel, 18 apr. — L. BERTRAND. Gli antivirus specifici.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 apr. — F. CARDIS. Studio radiolog. della classificaz. della tbc. polm. sec. Aschoff-Nicol.

Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 18 apr. — J. S. GABJART. La rinite vasomotoria.

Ann. Cl. Med., 15 gen. — V. C. PIAZZA. L'insulina atossica nel diab. mell. — A. RINDONE. Influenza della temperatura sui processi di degeneraz. e rigeneraz. dei nervi. — A. SCARPELLO. Funzione emocateretica delle ghiandole emolinfatiche.

Annali d'Igiene, febb. — A. MISSIROLI. I tubuli del Malpighi nell'*Anopheles claviger* ibernante. — U. POPPI. Azione del radio sul vaccino vaioloso. — A. SCALA. La radioanafilassi. — G. PECORI. La profilassi della difterite.

Folia Med., 15 apr. — A. VASATURO. La reazione sedimentaria dei corpuscoli sanguigni.

Journ. Méd. de Lyon, 20 apr. — Numero sui reumatismi.

Soc. d. Hôp., 9 apr. — P. ÉMILE-WEIL e LACASSAGNE. Anemia pernic. progr. provocata dal radium. — MORELLI. La pleurite sclerogena del pneumotor. artific. — SÉZARY e MARGERIDON. L'unicità del virus sifilitico. — H. CLAUDE e J. TINEL. Sindrome di Raynaud d'origine emotiva.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., apr. — J. SABRAZÈS. Il sangue dei tifosi. — DUCAMP, GUEIT e PAGÈS. Pancardite sifilitica.

Cultura Med. Mod., 30 apr. — L. PIZZAGALLI. Modificaz. Bagozzi alla cura radic. Bassini dell'ernia inguin.

Stomatologia, apr. — C. CAVINA. Tecnica dell'amputazione degli apici delle radici dentali.

Bull. Méd., 22 e 25 apr. — Numero di dermatologia.

Paris Méd., 25 apr. — H. BORDIER. Radioterapia midollare nella paralisi infantile.

Minerva Med., 20 apr. — P. BASTAI e C. CERRUTI. Epidemiol. della febbre di Malta. — F. BATTISTINI. Correlazioni nervose ed endocrine nella funzione circolatoria.

Pathologica, 1 apr. — G. MARTINELLI. Epidemia di peste nella Somalia ital. — D. MACAGGI. Coloraz. degli spermatozoi in med. leg.

Mediz. Klinik, 24 apr. — R. HOFSTATTER. Vaccino-terapia in ginecol. — C. BRUHUS e H. PICARD. Spirocida e stovarsolo nella sifilide. — F. TURAN. Diagn. precoce di gotta atipica e diatesi gottosa. — Inchiesta sull'epidemiologia della tbc.

Wien. Arch. Klin. Med., 15 apr. — D. ADLERSBERG e E. NEUBAUER. Impiego terapeutico degli acidi degli idrocolici nelle malattie febbrili delle vie biliari. — J. BORAK e R. LENK. Impiego diagnostico degli effetti dei raggi Roentgen. — H. POLLITZER ed E. STOLZ. Patologia del ricambio respiratorio.

Encéphale, apr. — C. FOIX e P. HELLEMAND. Le sindromi dell'arteria cerebr. anter.

Annali di Oftalmol., ecc., apr. — D. D'AMICO. Le siderosi del globo. — S. DE BENEDETTI. Sintomi oculari nella diagnosi del parkinsonismo encefalico.

Arch. Gener. di Neurol., ecc., I-II. — M. LEVI BIANCHINI. Simbolistica sessuale nel sogno mistico e profano. — A. FERRARO. La substantia nigra normale.

Brain, mar. — H. FLOREY. Osservazioni microscopiche sulla circolaz. del sangue nella corteccia cerebrale. — G. CAMPORA. L'astereognosi. — W. ALDREN TURNER e M. CRITCHLEY. Disordini respiratorî nell'encefal. letarg.

Riforma Med., 30 mar. — E. ZITO. Punto doloroso sulla regione splenica dei malarici. — M. LA TORRE. Granulia fredda. — M. BAGLIANI. Reaz. di Costa.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 14 Settembre 1925 Fasc. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTIT. DI CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. G. CARONIA.

L'ematogramma nel neonato in condizioni fisiologiche e patologiche

del dott. RENATO POLLITZER.

L'esame morfologico del sangue è in molti casi un prezioso mezzo sussidiario diagnostico e prognostico; in condizioni normali esso fornisce utili criteri sulle particolarità costituzionali, in condizioni patologiche sull'entità delle lesioni e sulla capacità e modalità di reazione dell'organismo.

I leucociti e più particolarmente i neutrofili hanno il compito di proteggere l'organismo contro le più diverse sostanze nocive che vengono a formarsi nel corso di alcuni processi fisiologici oppure patologici; si è cercato perciò di elaborare delle formule leucocitarie più complesse, che tengano conto principalmente dell'entità della distruzione e della rigenerazione delle cellule neutrofile, determinate la prima dall'azione di sostanze leucolitiche, la seconda dall'iperattività midollare.

Il meccanismo di difesa leucocitario, importante in tutte le età, lo è in particolar modo nei primi tempi di vita, quando i più complessi meccanismi immunitari funzionano ancora imperfettamente: perciò in questa età sono facili ed intense le reazioni midollari alle più diverse cause dannose.

Circa una ventina di anni fa, Arneth propose delle speciali formule leucocitarie, in cui si classificano i polinucleati neutrofili in varie classi, a seconda del numero dei loro segmenti nucleari. Le cellule sarebbero tanto maggiormente segmentate, quanto più vecchie esse sono. Mentre nel sangue di individui normali prevalgono i neutrofili a 2, 3 o 4 segmenti nucleari, e sono rari quelli non segmentati (prima classe), in diversi stati morbosi e specialmente nelle malattie infettive si avrebbe uno « spostamento a sinistra » della formula, un aumento cioè delle cellule neutrofile della prima classe. Questo spostamento a sinistra è determinato dalla distruzione dei polinucleati neutrofili, attirati per chemiotassi verso i focolai morbosi, e dalla successiva immissione in circolo di cellule più giovani. Di fronte ai comuni esami del sangue, il metodo di Arneth presenta il vantaggio di rivelare anche quei stati morbosi i quali si manifestano con la sola deviazione a sinistra della formula, senza leucocitosi assoluta nè polinucleosi relativa.

Numerosissime furono le ricerche di controllo sull'argomento; alcuni autori negando qualsiasi valore al metodo di Arneth come pure ai successivi metodi semplificati (Brugsch, Grawitz), altri, riconoscendo al metodo un certo valore. In complesso, le ricerche di controllo hanno dimostrato, (Pappenheim, Nägeli) che le classi dal 2 al 5 non hanno alcuna ragione di esistere. È la stessa cosa, se il nucleo di una cellula neutrofila abbia 3 od abbia 5 segmenti nucleari; la segmentazione è l'esponente della tendenza del nucleo al polimorfismo, tendenza che di solito si manifesta contemporaneamente in più punti, di modo che nuclei a 2 e nuclei a 5 segmenti possono appartenere a neutrofili della stessa età. Sono interessanti a tale riguardo le ricerche di Brugsch e Schilling, i quali hanno dimostrato con esami microscopici in campo oscuro che la forma del nucleo dei neutrofili non è costante, variando essa in seguito a movimenti ameboidi. È invece stata riconosciuta da tutti gli autori l'importanza della distinzione della prima classe di neutrofili.

Le più importanti ricerche sistematiche in tale senso sono quelle di Schilling. Egli elabora delle formule complete, che tengono conto dei numeri assoluti e delle percentuali di tutti i componenti del sangue. Oltre ai mielociti e ai metamielociti, che chiama « forme giovanili » egli distingue i neutrofili in forme con « nucleo a bastoncino » (Stabkernige) e forme a nucleo segmentato. Nelle prime il nucleo non presenta alcuna intaccatura, esso ha la struttura delle cellule giovani; se manca questa struttura giovanile, e la cromatina nucleare si presenta fortemente colorata e riunita ad ammassi, si tratta di cellule vecchie degenerate, frequenti in condizioni patologiche. Le forme giovanili si distinguono da quelle con nucleo a bastoncino per la struttura ancora più fine del nucleo e per la colorazione meno intensa che assume la cromatina nucleare.

Normalmente le forme a bastoncino sono molto scarse, il loro rapporto con le forme segmentate è di 1:15; in condizioni patologiche si può avere un aumento delle forme a bastoncino, e la presenza di forme giovanili (che normalmente non si trovano nel sangue) e talvolta anche di mielociti: questa alterazione della composizione del sangue è chiamata da Schilling « spostamento nucleare ». Mentre Arneth distingue come unica deviazione dalla norma, lo spostamento a sinistra, Shilling distingue due diverse condizioni abnormi: la forma rigenerativa e la forma degenerativa dello spostamento nucleare. Nella prima forma il numero totale dei neutrofili è aumentato, le forme più giovani sono numerose, e si trovano anche forme giovanissime (segno di aumentato consumo di neutrofili e di irritazione midollare); nella seconda forma, il numero totale dei neutrofili è basso, le forme giovani sono numerose, mancano però le forme giovanissime ed esistono molte forme degenerate (insufficienza leucopoietica midollare primaria o secondaria, successiva a stimolazione troppo forte). Il quadro completo dello stato del sangue è chiamato da Arneth « ematogramma »: da esso egli trae numerose deduzioni diagnostiche e prognostiche in diversi stati morbosi.

Poche ricerche di tal genere sono state fatte nel neonato. Arneth constatò uno spostamento a sinistra nel primo giorno di vita, spostamento che poi si ridurrebbe per aumentare nuovamente tra il terzo e il quarto giorno. Egli attribuisce lo spostamento a sinistra della formula leucocitaria nel neonato alla reazione consecutiva al notevole lavoro richiesto alle cellule neutrofile durante il processo della nascita e nei primi tempi di vita extrauterina. Anche Frank trovò una deviazione a sinistra della formula leucocitaria del neonato; egli crede che l'attività mielopoietica midollare venga eccitata da prodotti del ricambio materno. Duperiè e Kadisson constatarono uno spostamento a sinistra lieve nelle prime ore di vita, più accentuato dopo le prime 24 ore. Secondo questi autori la formula leucocitaria del neonato diventerebbe normale verso il settimo giorno di vita, secondo Frank tra il decimo e il quattordicesimo giorno; una trasformazione più tardiva sarebbe segno di immaturità. Vaglio non trova spostamento a sinistra nella formula leucocitaria del neonato; nel corso dei primi giorni la formula si sposterebbe anzi verso destra. Adottando il metodo di Schilling, S. Prag trova nel sangue del neonato sano le cellule con nucleo a bastoncino in proporzione non superiore all'8 %; uno spostamento nucleare più intenso e più duraturo si osserverebbe nei neonati che non prosperano bene e nei prematuri. Shüssler trova nel neonato uno spostamento nucleare che diminuisce dal secondo giorno in poi, per aumentare lievemente tra il secondo e il quarto giorno. Frankenstein e Stecher trovano un notevole spostamento nucleare nelle prime ore dopo la nascita, con diminuzione progressiva dal secondo giorno in poi; nel prematuro invece lo spostamento sarebbe più lieve o mancherebbe del tutto.

Non esiste ancora alcun lavoro che metta gli ematogrammi in rapporto con lo stato degli organi ematopoietici. Ho voluto intraprendere questo studio, iniziandolo con ricerche sui neonati in condizioni fisiologiche e patologiche.

Le modificazioni dell'ematogramma sono in rapporto con il momentaneo stato di equilibrio tra

la distruzione e l'immissione in circolo delle cellule neutrofile. La distruzione dei neutrofili è determinata da sostanze che si formano durante i normali processi della digestione e del metabolismo oppure nel corso di processi patologici (leucolisine). Recenti ricerche di Giuffrè hanno dimostrato che queste sostanze leucolitiche agiscono prevalentemente sui neutrofili maggiormente segmentati; si determina in tal modo un'alterazione dei rapporti tra le diverse cellule neutrofile, uno spostamento nucleare che si può chiamare relativo oppure passivo (non determinato dall'entrata in circolo di nuove forme giovani). I prodotti di disfacimento dei neutrofili stimolano però il midollo ad immettere in circolo nuove forme neutrofile giovani, ciò che determina uno spostamento nucleare assoluto od attivo.

La distruzione dei neutrofili nel sangue periferico è più intensa in alcune determinate condizioni fisiologiche e negli stati patologici.

a) *Condizioni fisiologiche.* — Le più importanti variazioni di numero dei leucociti sono determinate dai processi della digestione e dell'assimilazione. La prevalente azione delle sostanze leucolitiche sui neutrofili e tra questi su quelli maggiormente segmentati potrebbe determinare delle alterazioni degli ematogrammi. Per queste considerazioni, nonostante numerose ricerche in proposito (Shippers e Lange, ecc.), abbiano dimostrato che la digestione non determina modificazioni sistematiche dell'ematogramma, è consigliabile nelle ricerche su soggetti normali, di prelevare il sangue per l'esame sempre alla stessa ora dopo l'ingestione di cibo. Nelle presenti ricerche il sangue è stato prelevato nella maggior parte dei casi circa due ore dopo la prima poppata del mattino.

b) *Condizioni patologiche.* — In condizioni patologiche le sostanze che danneggiano i neutrofili agiscono in maniera più duratura, oppure in maniera brusca durante i peggioramenti acuti. L'esame dell'ematogramma dimostra se ad un dato momento prevale la distruzione o la neoformazione dei neutrofili, indica l'entità della causa nociva e permette di vagliare la capacità di reazione del midollo. Schilling distingue tre stati del sangue nel corso di infezioni: 1) la « fase di lotta neutrofila »: spostamento nucleare intenso, neutrofilia, aneosinofilia, linfo- e monocitopenia; 2) la « fase monocitaria di difesa »: diminuzione dello spostamento nucleare e della neutrofilia, aumento degli eosinofili, dei linfociti e dei monociti; 3) la « fase linfocitaria di guarigione »: assenza di spostamento nucleare, linfocitosi, eosinofilia. Utilissimi criteri prognostici sono forniti da esami ripetuti del sangue nel corso della malattia: di ciò non ci occupiamo però nel presente lavoro, limitandoci a studiare le differenze tra l'ematogramma del neonato sano e del neonato ammalato.

Le recenti ricerche di Giuffrè sulla più spiccata azione delle sostanze leucolitiche sui neutrofili maggiormente segmentati, mi hanno indotto, pur senza ritornare al sorpassato metodo di Arneth, a distinguere i neutrofili a nucleo segmentato in due categorie: quelli senza segmenti nucleari staccati (od uniti solo per un sottile prolungamento protoplasmatico) e quelli con uno o più segmenti staccati dal nucleo. I rapporti numerici reciproci di queste due classi di neutrofili ci potrebbero fornire un criterio sull'entità della leucolisi, mentre i rapporti numerici delle forme più giovani e lo studio del midollo osseo ci permettono di conoscere le modalità e l'entità della mielopoiesi.

A) NEONATI NORMALI A TERMINE (Tabella N. 1).

Nei neonati sani nei primi due giorni di vita, le proporzioni dei neutrofili con nucleo a bastoncino variano tra il 2 % e il 4 %. Le forme giovanili sono scarse, esse si riscontrano soltanto in un terzo circa dei casi; molto raramente si trovano dei mielociti. Nella maggior parte dei casi il sangue contiene alcuni eritroblasti. La percentuale dei neutrofili è elevata. Nei primi due giorni di vita quindi lo spostamento nucleare o manca del tutto oppure è molto scarso. Si osserva invece uno spostamento nucleare più intenso nel terzo e nel quarto giorno di vita: aumento delle forme neutrofile con nucleo a bastoncino che raggiungono spesso le proporzioni di 5 %-7 %, e aumento delle forme giovanili che sono presenti in circa la metà dei casi. Nel quinto e nel sesto giorno, pur rimanendo talvolta piuttosto alta la percentuale delle forme a bastoncino, è più raro trovare nel sangue le forme giovanili (in un terzo dei casi). Spostamenti nucleari più intensi si osservano nei casi di immaturità e nei casi in cui la perdita di peso è forte e non viene normalmente compensata: così il neonato N. 4, il solo che all'età di un giorno presentava una percentuale abnormemente alta di forme a bastoncino, era nato da parto cesareo e presentava vari segni di deficienza delle funzioni organiche (ipoglobulia, forte perdita di peso); così il neonato N. 22, con uno spostamento nucleare intenso, aveva perduto nei primi giorni di vita quasi 500 grammi, e al decimo giorno era ancora molto lontano dal peso iniziale. Per analogia con i neonati ammalati, di cui tratteremo in seguito, si potrebbe ammettere che questi neonati apparentemente sani siano affetti da infezioni latenti, da cui sarebbero deter-

minati e lo spostamento nucleare e la diminuzione del peso.

La suddivisione dei polinucleati a nucleo segmentato in due categorie (senza e con frammenti nucleari staccati) ci permette di constatare che, mentre nei primi due giorni di vita le percentuali della seconda categoria sono piuttosto elevate (superano la metà del valore della percentuale della prima categoria), dopo il terzo e fino al sesto giorno prevalgono maggiormente gli elementi della prima categoria. L'aumento delle forme più giovani va di solito parallela a questa prevalenza maggiore della prima sulla seconda categoria: si tratta spesso in questi casi di uno spostamento assoluto od attivo, dovuto all'immissione in circolo di nuove forme giovani (N. 4, 13, 24, 26, 30).

Possiamo ammettere invece uno spostamento relativo o passivo, conseguente all'alterazione dei rapporti che deriva dalla prevalente distruzione dei polinucleati maggiormente segmentati, in quei casi in cui l'aumento delle forme giovani non è in rapporto con la prevalenza dei polinucleati della prima su quelli della seconda categoria (N. 21, 27). Osservando il numero totale dei neutrofili, lo troviamo spesso elevato nei casi nei quali lo spostamento è attivo, spesso basso nei casi di spostamento passivo: distruzione di polinucleati non ancora compensata dalla rigenerazione in quest'ultimo caso, distruzione già compensata nel primo caso. Questo in linea generale; nei singoli casi si osservano naturalmente tutte le possibili forme intermedie tra lo spostamento assoluto e lo spostamento relativo, a seconda del momentaneo stato di equilibrio tra la leucolisi e l'entrata in circolo di neutrofili neoformati.

Il numero totale dei neutrofili subisce una progressiva e graduale diminuzione fino al quarto giorno di vita, per poi aumentare di nuovo. Questo aumento è evidentemente la conseguenza dell'iperattività mielopoietica, da cui dipende lo spostamento nucleare evidente nel sangue dopo il terzo giorno di vita. L'esame del midollo osseo permette di dimostrare direttamente tale iperattività mielopoietica.

Studiando contemporaneamente l'ematogramma di Schilling e lo stato del midollo osseo, troviamo spesso in quest'ultimo una prevalenza delle cellule bianche sulle cellule rosse immature (segno di iperattività mielopoietica) nei casi in cui lo spostamento nucleare è intenso. Nei casi meno estremi tale parallelismo non sempre appare evidente, perchè il rapporto tra cellule bianche e cellule rosse immature nel midollo è anche soggetto allo stato di funzionalità del sistema eritropoietico. Ricerche sistematiche precedenti, eseguite anche con punture midollari ripetute nei diversi giorni di vita in uno stesso neonato, mi hanno però dimostrato in modo sicuro che dopo il primo giorno di vita l'attività mielopoietica va sempre più prevalendo sull'attività eritropoietica, così da spostare notevolmente il rapporto tra le cellule bianche e le cellule rosse immature: 1:1,5 al primo giorno, il rapporto diventa 1:1 al secondo, 2:1 al terzo, 3:1 al quarto giorno. Con questa progressiva prevalenza dell'attività mielopoietica sull'attività eritropoietica del midollo, che risulta nettamente anche nelle presenti ricerche, si accorda molto bene lo spostamento nucleare che osserviamo nel sangue periferico soltanto dopo il terzo giorno di vita. Al quinto giorno di vita l'iperattività mielopoietica è tale (rapporto 3,8:1) da determinare un nuovo aumento del numero assoluto dei neutrofili nel sangue, numero che dal secondo giorno in poi era progressivamente diminuito (leucolisi).

B) NEONATI AMMALATI (Tabella N. 2).

Non essendo stati ancora mai descritti reperti del midollo osseo nei neonati ammalati, li vogliamo riferire per esteso. Per i reperti ematologici rimandiamo alla tabella.

1) Vizio congenito di cuore. Peso gr. 3500. Cianosi fin dalla nascita. Età giorni 2.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1:2; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: emocitobl. 1, mielobl. 2, promiel. 17, miel. 30, metamiel. 50, mitosi 1.

Eosinofili: miel. 10, metamiel. 20, polinucl. 20.

Rosse imm.: megalobl. 4, proeritrobl. 1, eritr. bas. 3, policrom. 42, ortocrom. 50, mitosi 4.

Molti eritroblasti con fenomeni di carioressi.

2) Vizio congenito di cuore, bronchite acuta febbrile. Esito in guarigione. Età giorni 4.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm: = 1:4; rapporto cellule bianche mature = 5:1.

Bianche imm.: mielobl. 1, promiel. 23, miel. 50, metamiel. 26.

Eosinofili: miel. 10, metamiel. 3, polinucl. 12.

Rosse imm.: megalobl. 1, eritr. bas. 4, policrom. 30, ortocrom. 65. mitosi 2.

3) Melena iniziata subito dopo la nascita. Discreta perdita di sangue. Età giorni 4.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1:1,5; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: mielobl. 2, promiel. 28, miel. 40, metamiel. 30.

Eosinofili: promiel. 5, mielobl. 8, metamiel. 10, polinucl. 15.

Rosse imm.: megalobl. 2, proeritrobl. 1, eritr. bas. 5, policrom. 40, ortocrom. 52, mitosi 0,5.

4) Ematemesi e melena; la prima solo nel primo giorno di vita, la seconda fino al sesto giorno. Età giorni 4.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 5:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:2.

Bianche imm.: mielobl. 4, promiel. 36, miel. 35, metamiel. 25, mitosi 1.

Eosinofili: miel. 10, metamiel. 2, polinucl. 10.

Rosse imm.: megalobl. 3, proeritrobl. 1, eritr. bas. 5, policrom. 15, ortocrom. 77.

5) Melena ed ematemesi iniziatesi al terzo giorno di vita, molto intense ed ostinate. Anemia fortissima, cute cerea, mucose scolorate. Diminuzione dei globuli rossi fino ad 1,500,000. Graduale scomparsa della melena e guarigione in seguito ad iniezioni di sangue materno. Età giorni 4.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:2.

Bianche imm.: mielobl. 1, promiel. 10, miel. 37, metamiel. 52.

Eosinofili: metamiel. 10, polinucl. 10.

Rosse imm. megalobl. 2, eritr. bas. 8, policr. 48, ortocrom. 42, mitosi 6.

6) Emorragia vaginale al quarto giorno di vita. Guarigione dopo due giorni. Età giorni 5.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 3:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: emocitobl. 1, mielobl. 2, promiel. 20, miel. 46, metamiel. 32.

Eosinofili: miel. 4, metamiel. 10, polinucl. 10.

Rosse imm.: megalobl. 3, proeritrobl. 1, eritr. bas. 6, policrom. 30, ortocrom. 60, mitosi 1.

7) Pemfigo contagioso. Ammalato da un giorno. Guarigione entro 4 giorni. Età giorni 5.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 3:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: emocitobl. 4, mielobl. 2, promiel. 30, miel. 34, metamiel. 30, mitosi 1.

Eosinofili: promiel. 1, miel. 10, metamiel. 15, polinucl. 30.

Rosse imm.: megalobl. 4, proeritrobl. 10, eritr. bas. 15, policrom. 36, ortocrom. 35, mitosi 5.

8) Pemfigo contagioso. Ammalato da 3 giorni. Decorso benigno, guarigione entro 6 giorni. Età giorni 6.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 3:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: emocitobl. 2, mielobl. 3, promiel. 25, miel. 40, metamiel. 30, mitosi 2.

Eosinofili: miel. 7, metamiel. 8, polinucl. 20.

Rosse imm.: megalogl. 2, proeritrobl. 2, eritr. bas. 9, policrom. 60, ortocrom. 26.

9) Infezione purulenta dell'ombelico. Decorso benigno, secrezione scarsa. Guarigione dopo 8 giorni. Età giorni 4.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 4:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature =

Bianche imm.: mielobl. 4, promiel. 40, miel. 30, metamiel. 26, mitosi 2.

Eosinofili: miel. 10, metamiel. 14, polinucl. 5.

Rosse imm.: megalobl. 3, eritr. bas. 10, policr. 52, ortocrom. 35.

10) Infezione purulenta dell'ombelico. Secrezione scarsa. Ammalato da un giorno. Guarigione in 4 giorni. Età giorni 5.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 4:1.; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 2:1.

Bianche imm.: emocitobl. 2, mielobl. 4, promiel. 34, miel. 30, metamiel. 30, mitosi 2.

Eosinofili: promiel. , miel. 10, metamiel. 10, polinucl. 20.

Rosse imm.: megalobl. 2, eritr. bas. 4, policrom. 55, ortocrom. 39.

11) Eredolues senza manifestazioni in atto, tranne il tumore di milza e fegato. Apparente stato di salute, perdita di peso modica, ricupero regolare. Età giorni 3.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1:2; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 2:1.

Bianche imm.: Promiel. 26, miel. 40, metamiel. 34.

Eosinofili: promiel. 6, miel. 10, metamiel. 8, polinucl. 20.

Rosse imm.: megalobl. 4, proeritrobl. 4, eritr. bas. 10, policrom. 42, ortocrom. 40, mitosi 1.

12) Eredolues e sclerema degli arti inferiori. Tumore di milza. Morte al nono giorno. Età giorni 6.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1,5:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1,5.

Bianche imm.: mielobl. 5, promiel. 20, miel. 40, metamiel. 35, mitosi 1.

Eosinofili: miel. 4, metamiel. 3, polinucl. 8.

Rosse imm.: megalobl. 5, proeritrobl. 1, eritr. bas. 6, policrom. 60, ortocrom. 28.

13) Scleredema, comparso al secondo giorno. Vomito alimentare e a digiuno, infrenabile. Morte al quarto giorno. Nessuna lesione grossolana a carico degli organi, all'autopsia. Età giorni 3.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 3:1; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 5:1.

Bianche imm.: emocitobl. 1, mielobl. 3, promiel. 40, miel. 33, metamiel. 23.

Eosinofili: promiel. 1,5, miel. 10, metamiel. 4, polinucl. 50.

Rosse imm.: megalobl. 3, proeritrobl. 17, eritr. bas. 3, policrom. 22, ortocrom. 55, mitosi 2.

PREMATURI AMMALATI.

14) (Tabella 3, N. 14). Prematuro al settimo mese. Melena comparsa al primo giorno. Peso gr. 1900. Età giorni 2.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1:2; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: emocitobl. 2, mielobl. 3, promiel. 38, miel. 27, metamiel. 30, mitosi 1.

Eosinofili: miel. 10, metamiel. 6, polinucl. 10.

Rosse imm.: megalobl. 4, proeritrobl. 1, eritr. bas. 8, policrom. 37, ortocrom. 50, mitosi 3.

15) (Tabella 3, N. 17). Vizio congenito di cuore. Cianosi immutata dalla nascita. Prematuro al settimo mese. Peso gr. 1600. Età giorni 2.

Midollo osseo: Rapporto cellule bianche imm.: cellule rosse imm. = 1:2; rapporto cellule bianche imm.: cellule bianche mature = 1:1.

Bianche imm.: mielobl. 4, promiel. 25, miel. 30, metamiel. 41, mitosi 0,5.

Eosinofili: miel. 8, metamiel. 10, polinucl. 20.

Rosse imm.: megalobl. 4, proeritrobl. 1, eritr. bas. 1, policrom. 42, ortocrom. 52, mitosi 3.

Risulta da queste ricerche che le più diverse malattie dei neonati si accompagnano ad un netto spostamento nucleare. Questo spostamento manca solo in pochissimi casi (eredolues senza manifestazioni in atto, emorragie non intense). Tanto le cause patologiche di natura infettiva quanto le cause non infettive determinano un eguale spostamento nucleare. Nelle forme infettive il numero totale dei neutrofili è talvolta elevato, altre volte basso. Di solito non vengono immessi in circolo forme immature della serie rossa. Nel midollo osseo si constata una netta prevalenza delle cellule bianche sulle cellule rosse immature. Le infezioni del neonato, almeno quelle lievi da me studiate, si accompagnano dunque ad una stimolazione quasi esclusiva del tessuto mielopoietico midollare. In tutte le forme invece di difettosa ossigenazione del sangue (ostacolata circolazione o respirazione) e quindi di cianosi che non sia a frigore, oltre al tessuto eritropoietico la cui iperattività tende a compensare la difettosa ossigenazione del sangue, viene stimolato anche il tessuto eritropoietico. Nel midollo prevalgono nettamente le cellule rosse sulle cellule bianche immature, nel sangue passano numerosi eritroblasti e discreto numero di neutrofili giovani ed immaturi. Nel sangue periferico si osserva iperglobulia, spesso accompagnata a leucocitosi od a neutrofilia.

Nei casi di malattia emorragica dei neonati (melena, ematemesi, emorragie vaginali) l'ipoglobulia del sangue periferico è costante e talvolta molto accentuata (fino ad 1,500,000 eritrociti nel caso N. 5); non si osserva invece leucopenia. Le forme neutrofile giovani sono aumentate, di solito il sangue contiene metamielociti e mielociti, mancano invece del tutto o quasi del tutto gli eritroblasti. Nel midollo si osservano rapporti normali oppure una prevalenza delle cellule rosse sulle bianche immature. Presi insieme, questi reperti indicano l'esistenza di un'iperattività tanto eritropoietica quanto mielopoietica.

Dal lato del loro effetto sul midollo osseo, possiamo dunque distinguere tra le malattie del neonato quelle che stimolano prevalentemente il tessuto eritropoietico e quelle che stimolano prevalentemente il tessuto mielopoietico; però, mentre l'iperattività mielopoietica può decorrere isolata (spostamento nucleare senza eritroblasti in circolo) l'iperattività eritropoietica determina sempre, quando è sufficientemente intensa, anche una certa stimolazione del tessuto mielopoietico (nel midollo prevalenza delle cellule rosse immature, nel sangue molti eritroblasti e spostamento nucleare). Osserviamo una iperattività mielopoietica midollare nelle infezioni del neonato, un'iperattività eritropoietica e una più lieve iperattività mielopoietica nelle anomalie dell'apparato circolatorio e respiratorio. Nella malattia emorragica del neonato esistono i segni tanto dell'iperattività mielopoietica (spostamento nucleare) quanto dell'iperattività eritropoietica (prevalenza nel midollo delle cellule rosse immature nonostante lo spostamento nucleare nel sangue); l'iperattività eritropoietica non è di solito tale da fare passare numerosi eritroblasti in circolo. Queste alterazioni midollari ed ematologiche nella malattia emorragica dei neonati sono in parte determinate dall'anemia postemorragica, in parte forse dalla causa etiologica della malattia. L'ipotesi di una causa infettiva della malattia spiegherebbe bene lo spostamento nucleare, che non si accompagna ad eritroblastosi nè a leucopenia periferica; l'ipoglobulia periferica basta a spiegare la proliferazione del tessuto eritropoietico del midollo, che non si osserva nelle altre forme infettive.

Queste constatazioni potrebbero avere forse un certo valore diagnostico, ciò che sarebbe importante specialmente nel neonato in cui le infezioni hanno un decorso subdolo e di solito sfuggono alla diagnosi: in quanto lo spostamento nucleare senza presenza di eritroblasti in circolo sarebbe più frequente nelle infezioni, lo spostamento nucleare con presenza di numerosi eritroblasti più frequente nelle affezioni non infettive. Mi propongo di controllare ciò con più numerose ricerche sui neonati ammalati.

C) PREMATURI (Tabella n. 3).

Nel sangue del prematuro si osserva un netto spostamento nucleare già al primo giorno di vita. Ciò costituisce una netta differenza tra il prematuro e il neonato a termine. Lo spostamento nucleare consiste in un aumento delle forme a bastoncino, nella presenza di metamielociti (in 3/4 dei casi) e di mielociti (nella metà dei casi). Gli eritroblasti si trovano nel sangue in numero talvolta non superiore a quello dei neonati a termine, altre volte in numero molto elevato; nell'ultimo caso lo spostamento nucleare è spesso molto intenso. Il rapporto tra i neutrofili a nucleo segmentato della prima e della seconda categoria varia notevolmente da caso a caso.

La spiccata prevalenza dell'eritropoiesi sulla mielopoiesi nel prematuro, già messa in evidenza in un precedente lavoro, non consente di stabilire dei rapporti tra lo spostamento nucleare nel sangue e lo stato del midollo. Per analogia con quanto abbiamo osservato nei neonati a termine in cui per cause patologiche l'eritropoiesi midollare viene esaltata, possiamo ammettere che lo spostamento nucleare nel sangue del neonato prematu-

ro sia determinata da una compartecipazione del tessuto mieloide all'iperattività eritropoietica; oppure che la medesima causa (p. es. sostanze tossiche materne) agisca contemporaneamente sull'uno e sull'altro sistema.

Questi risultati contrastano con quelli di Frankenstein e Stecher, i quali avrebbero trovato nel neonato a termine uno spostamento nucleare più accentuato che nel prematuro.

Per i prematuri ammalati (vizio cardiaco, melena) valgono le stesse regole trovate per il neonato a termine ammalato.

Dimostrai in precedenti lavori quale importanza abbia l'esame del midollo osseo in diverse condizioni morbose dell'età infantile, e particolarmente nelle forme di anemia secondaria; e come il dato più importante che si può ricavare dall'esame degli strisci di midollo sia il rapporto tra le cellule rosse e le cellule bianche immature. E' però difficile sceverare quale parte abbia nelle alterazioni di questo rapporto l'iperattività eritro- e l'iperattività mielo-poietica. Il numero delle figure in mitosi non è sempre decisivo, meno ancora lo è il rapporto tra le diverse cellule bianche immature; il rapporto tra le cellule bianche immature e mature (di cui teniamo conto anche nel presente lavoro) è subordinato più al grado di mescolanza del midollo col sangue periferico che non all'attività mielopoletica. Il presente lavoro dimostra come si possa arrivare a conoscere il grado di attività mielopoietica del midollo con lo studio dello spostamento nucleare nel sangue periferico. L'ematogramma di Schilling e lo studio del rapporto tra cellule bianche e cellule rosse immature nel midollo, sono due ricerche che dovrebbero in tutti i casi essere eseguite contemporaneamente; integrandosi a vicenda, esse permettono di arrivare a conoscere con sufficiente esattezza lo stato dell'eritropoiesi e della mielopoiesi.

CONCLUSIONI.

1) Nella maggior parte dei neonati sani nei primi 2 giorni di vita lo spostamento nucleare è lieve o manca del tutto.

2) Uno spostamento nucleare più intenso e talvolta molto accentuato si osserva nei primi due giorni di vita nei neonati che perdono eccessivamente di peso e ricuperano poi tardivamente il peso iniziale. Per analogia di reperti ematologici si potrebbe pensare che in questi casi la perdita di peso forte e il ricuro tardivo siano determinati da infezioni latenti.

3) Nella maggior parte dei neonati si nota un netto spostamento nucleare nel quarto e nel quinto giorno di vita.

4) Il numero assoluto dei neutrofili subisce una continua e graduale diminuzione e fino al quarto giorno di vita, per poi aumentare di nuovo.

5) Lo spostamento nucleare evidente dopo il terzo giorno e la cessata diminuzione e l'aumento del numero assoluto dei neutrofili sono conseguenza dell'iperattività del tessuto mielopoietico del midollo, iperattività che è stata direttamente dimostrata.

6) Il sangue del prematuro presenta un netto spostamento nucleare già al primo giorno di vita.

7) Nel sangue del neonato ammalato è quasi sempre evidente un netto spostamento nucleare; spostamento non accompagnato a presenza di eritroblasti in circolo (al massimo poche unità su 100 leucociti) in caso di infezioni e nella malattia emorragica dei neonati, accompagnato ad eritroblastosi periferica in tutti i casi di cianosi da causa organica, senza o con infezioni complicanti.

8) Nel midollo del neonato ammalato si può osservare l'iperattività isolata del tessuto mielopoietico (infezioni); mentre l'iperattività del tessuto eritropoietico si accompagna di solito a contemporanea stimolazione del tessuto mielopoietico.

9) Nella malattia emorragica del neonato esistono i segni dell'iperattività mielopoietica e dell'iperattività eritropoietica; nonostante quest'ultima, il sangue non contiene affatto o quasi affatto eritroblasti.

10) Lo studio contemporaneo dell'ematogramma di Schilling e del rapporto tra le cellule bianche e le cellule rosse immature del midollo permette di conoscere con sufficiente esattezza lo stato dell'eritropoiesi e della mielopoiesi midollare.

BIBLIOGRAFIA.

SCHILLING. Das Blutbild und seine klinische Verwertung, 1922.

ARNETH. Zeitschr. f. Gynakol. 24, H. 1, 1920.

ARNETH e NIENKEMPER. Zeitschr. f. Kinderheilk. 34, H. 5/6, 1923.

FRANK. Zeitschr. f. Kinderheilk. 30, 16, 1921.

DUPERIÈ e KADISSON. Comptes Rend. de la Soc. de Biol. 76, 271, 1914.

ROMINGER. Jahrb. f. Kinderheilk. 33, H. 1/2, 1924.

FRANKENSTEIN e STECHER. Zeitschr. f. Kinderheilk. H. 1/3, 1924.

VAGLIO. Comunic. al X Congresso ital. di pediatria. Milano, 1922.

GIUFFRÈ. Pediatria, N. 23, 1924.

POLLITZER. Pediatria, N. 19, 1924.

ID. Pediatria, N. 2, 1925.

ID. Rinascenza Medica, N. 1, 1925.

TABELLA 1. — Neonati sani.

Numero d'ordine	Età — giorni	Globuli rossi	Emoglobina	Globuli bianchi	Linfociti	Monociti	Neutrofili: Mielociti	Neutrofili: Forme giovanili Metamielociti	Neutrofili: forme a bastoncino	Neutrofili: I f. segmentate	Neutrofili: II f. segmentate	Numero totale dei neutrofili	Eosinofili	Basofili	Eritroblasti	Rapporti nel midollo: Cellule bianche a Cellule rosse	Rapporti nel midollo: Cellule bianche immature e mature
1	1	5,000,000	120	14,000	32	11	—	—	4 -	28	25	8,000	2	—	4 -	1:2	1:2
2	1	5 500,000	120	16,000	24	10	—	—	2 -	38	26	10,500	1	0,2	1 -	1:1,5	1:1
3	1	5,800,000	130	10,000	19	5	—	—	2 -	48	26	7,600	1	0.2	0,3	1:1,4	1,5:1
4	1	4,000,000	95	10,006	20	10	—	0 5	16	44	10	7.000	2	0,7	1 -	1:1,5	1:1
5	1	5,000,000	115	11,000	25	7	—	—	2	33	33	7,000	3	—	0,2	1:1,5	1:1
6	1	5,000,000	120	20,000	26	5	—	—	3 -	44	22	13,800	7	—	0,6	1,5:1	1:1
7	1	5,400.000	125	15,000	30	8	—	0,3	2 -	35	24	9,100	6	1 -	1 -	1.1	1,5:1
8	1	6,000,000	130	16,000	25	5	—	—	2 -	37	30	11,000	2	—	0,3	1:1	1:2
9	2	5,500,000	115	12,000	50	9	—	—	2 -	25	14	5,000	2	0,7	—	1:1	1:2
1	2	5,000,000	110	16,000	42	11	0,2	0,4	1,5	25	20	7,700	3	—	1 -	1:1	:1
11	2	6.200,000	135	14,000	20	7	—	—	3 -	35	35	9,100	5	0 3	1 -	1:1,2	1:1
12	2	6,000,000	130	9,000	27	7	—	—	2 -	34	30	5.900	6	—	—	1 1,7	1:1
13	2	5,600,000	120	14.000	15	7	—	0,4	3	54	21	11,000	5	—	—	2:1	1:2,5
14	2	6,000,000	120	16,000	22	14	—	0,2	4 -	32	28	10,200	3	0,2	0,2	1,5 1	1:1
15	2	5,300,000	115	14,000	40	8	—	—	4 -	30	18	7,300	5	—	1 -	1:1	1:3
16	2	5,000,000	110	10,000	30	6	—	—	2,5	35	27	6,200	3	—	0,2	1,5:1	1:1,5
17	2	5,600,000	115	12,000	30	5	—	0,2	5 -	37	23	7,800	1	—	—	1:1	2,5.1
18	2	6,000,000	130	10,000	41	6	—	—	1,5	27	25	5,300	7	—	—	1,7:1	1:2
19	3	5,600,000	120	9,000	40	5	—	—	6 -	31	18	5,000	1	—	2 -	2:1	1:1
20	3	5,300,000	125	12,000	20	5	—	—	0,7	24	40	8,000	5	0,2	—	1:1	1,5:1
21	3	6,400,000	135	9,500	40	10	—	—	2 -	36	12	5,000	3	1 -	1 -	3:1	1:1
22	3	5,000,000	120	9,000	15	4	—	1	25	51	4	7,300	0,5	0,3	—	2:1	1:1
23	4	5,200,000	120	6,000	40	12	—	0,2	5 -	29	14	3,000	2	—	—	1,5:1	1:2
24	4	5,000,000	110	9,000	31	7	—	0,5	7 -	40	14	5,500	6	0,3	—	3 1	1:1
25	4	4,800,000	115	10,000	27	10	—	0,2	2,5	41	20	63,000	3	—	0,2	4:1	1:1
26	5	5,800,000	120	16,000	27	11	—	1 -	5 -	45	11	9,000	1	0.1	—	5:1	1:5:1
27	5	5,000,000	105	10,000	30	12	—	—	2,-	40	15	5,700	5	2 -	—	2:1	1:1,5
28	5	5,500,000	110	14,000	42	6	—	—	4 -	33	15	5,700	4	1 -	—	2,5:1	1:1,5
29	5	5,000,000	100	8,000	45	14	—	—	2	23	15	3,200	4	0,7	—	1,5:1	2:1
30	6	6,000,000	130	18,000	40	9	—	0,2	7 -	32	12	9.700	4	0,2	—	3:1	1,5:1
31	6	5.800,000	125	14,000	40	6	—	—	5 -	32	17	7,600	3	0,1	—	3,5:1	1:1
32	6	5,000,000	110	10,000	32	8	—	—	2 -	32	26	6,000	3	—	—	3:1	1:1

TAVOLA 2. — Neonati ammalati.

Numero d'ordine	Età giorni	MALATTIA	Globuli rossi	Emoglobina	Globuli bianchi	Linfociti %	Monociti %	Neutrofili: Mielociti	Neutrofili: Forme giovan. Metamielociti	Neutrofili: F. a bastoncino	Neutrofili: I F. segmentate	Neutrofili: II F. segmentate	Numero totale dei neutrofili	Eosinofili	Basofili	Eritroblasti	Rapporto nel midollo: Cellule bianche a cellule rosse	Rapporto nel midollo: Cellule bianche immature a cell. bianche mature
1	3	Vizio cardiaco Cianosi	6,000,000	125	12,000	23	3	3	2	19	35	15	9,900	2	—	12	1 : 2,5	1 : 2
2	2	vizio cong. di cuore, bronch. diff.	6,000,000	130	7,000	51	7	2	1	10	2	8	2,400	18	—	50	1 : 3	2 : 1
3	2	melena V.	4,000,000	100	12.000	30	8	—	1	8	33	20	7,700	4	—	3	1 : 1	1 : 1
4	4	melena ematemesi	4,100.000	95	14,000	28	15	1	1	14	32	8	7,800	10	1	—	1,5 : 1	1 : 1 5
5	4	melena ematemesi int.	1,500,000	40	10,000	30	10	1	2	10	37	10	6,000	6	0.5	—	1 : 1	2 : 1
6	5	emorrag. vaginale	4,000,000	90	14,000	32	20	1	1	4	32	10	6,700	—	3	—	1 : 1	1 : 1
7	5	pemfigo contagioso	5,000,000	105	10,000	46	15	—	0,5	9	23	6	3,900	1	—	—	3 : 1	1 : 1
8	6	pemfigo contagioso	5,200,000	110	16,000	50	9	0,2	1	8	22	10	6,400	—	—	—	3 : 1	1 : 1
9	4	infezione ombellicale	6,000,000	125	18,000	40	7	1	2	10	30	10	9,500	0,2	—	—	4 : 1	1 : 1
10	5	infezione ombellicale	5,000,000	110	20 000	35	6	1	1	15	26	16	12.000	—	1	—	4 : 1	2 : 1
11	3	eredolues	5,200,000	110	12.000	34	6	—	—	2	35	23	7,200	—	0 5	1	1 : 1	2 : 1
12	6	eredolues e sclerema	5,000,000	100	14,000	43	8	1	1	7	33	7	6,900	—	—	1	1,5 : 1	1 : 1,5
13	3	scleredema	4,500,000	100	10,000	40	3	4	9	20	18	6	5,700	1	—	60	2,5 : 1	5 : 1

TAVOLA 3. — Prematuri.

Numero d'ordine	Età giorni	Globuli rossi	Globuli bianchi	Peso in grammi	Osservazioni	Linfociti	Monociti	Neutrofili: Mielociti	Neutrofili: Forme giovan. metamielociti	Neutrofili: F. a bastoni (stabkernig)	Neutrofili: I nucleo segmentato	Neutrofili: II nucleo segmentato	Polinucleati Numero totale	Eosinofili	Mastzellen	Eritroblasti	Rapporti midollari: Cellule bianche a cellule rosse	Rapporti midollari: Cellule bianche immature a cell. bianche mature
1	1	5.500,000	9,000	900	morto al 2º giorno	26	11	1 -	2 -	8	30	22	5,600	0,3	—	100	1 : 2	1 : 1
2	1	5,500,000	10,000	2000	morto al 2º giorno	57	4	1 -	1 -		26	4	3,800	3 -	—	150	1 : 7	2,5 : 1
3	1	6,000,000	12,000	1500	morto al 2º giorno	44	9	—	1 -	4	28	14	5,600	7 -	2 -	150	1 : 20	2 : 1
4	1	5,300.000	8,000	1400	morto ai 3º giorno	26	3	—	—	5	36	30	5,700	—	—	—	1 : 2	1 : 1,5
5	1	5,500 000	12,000	1700	vissuto	28	12	1 -	1 -	6	32	20	7,100	1 -	—	7	1 : 3	1 : 2
6	4	5,500.000	10,000	2000	vissuto	40	14	—	—	2	34	10	4,700	8 -	1 -	—	1 : 2	1 : 1
7	1	5 500,000	11.000	1400	morto al 4º giorno	30	8	—	0,3	7	30	25	6,800	1,5	0,3	7	1 : 3	1 : 1
8	1	5,000,000	10.000	—	--	35	5	0.5	0,5	3	31	25	6,000	—	1 -	2	1 : 3	1 : 3
9	1	5 000 000	10,000	1300	madre album. (vissuto	17	9	6 -	—	3	45	20	7,400	0 3	—	2	1 : 3	1 : 1
10	3	5,000,000	9,000	1300	madre album.	15	15	—	—	8	48	14	0,300	0,2	—	0,5	1 : 3	1 : 1
11	1	5,000,000	10,000	1500	madre polmonit. (viss.)	27	7	—	0,5	6	27	32	6,500	1 -	—	2	1 : 3	2 : 1
12	1	5,600,000	20,000	1800	madre malarica (viss.)	30	8	—	1 -	4	38	19	11,200	—	—	2	1 : 3	1 : 1
13	3	5,500.000	17,000	1600	madre tubercol. (viss.)	14	5	1 -	3 -	29	39	9	13,000	—	—	—	1 : 1,3	2 : 1
14	1	4 800 000	15,000	1900	melena (vissuto)	32	7	—	0,5	6	30	25	9,100	0,5	—	1	1 : 2	1 : 1
15	1	5 800,000	9,000	—	cian. cong. - madre alb.	29	10	1 -	2 -	20	29	9	5,500	1 -	0,5	120	1 : 4	1 : 1
16	1	5,100,000	12,000	2000	cian., atelettasia polm.	20	10	2 -	1 -	16	35	16	14,200	2 -	—	12	: 2,5	1 : 1
17	2	6,500,000	20,000	1600	viz.card. (morto al 4º g.)	44	10	0,2	1 -	12	23	10	9,200	1 -	—	30	1 : 4	1 : 1
18	3	6,000 000	10,000	2000	cianosi cong. (vissuti)	45	11	0.5	0,3	10	28	5	4,300	0,3	0,5	50	1 : 4	1 : 1
19	1	5,000.000	9,000	1700	edema	25	12	0,5	0,5	10	43	10	5,700	0,3	1 -	15	2 : 1	2 : 1
20	1	5,600,000	18 000	1600	madre luetica curata	42	4	—	1 -	9	35	9	8,600	7 -	—	10	1 : 10	1 : 1
21	4	5.000,000	9,000	2200	eredolues	34	6	—	—	2	35	23	5,400	—	0,5	1	1 : 3	3 : 2
22	5	4,700,000	8,000	1300	eredolues	20	12	0 ,3	1 -	3	35	28	4,600	0,2	—	—	1 : 2	2 : 1
23	6	4.100,000	10,000	—	eredolues sclerema morto all'8º giorno	43	8	1 -	1 -	6	34	7	4,800	—	—	1	1 : 3	4 : 1

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIR. GEN. DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. DOMENICO TADDEI.

Un altro caso di ascesso freddo della lingua.

Dott. GIUSEPPE FANTOZZI, assistente, libero docente.

Dopo il mio precedente lavoro sull'argomento ho letto che un autore straniero (Hanfield) vorrebbe attribuita a Portal (1804) la prima osservazione di tubercolosi della lingua, col pretesto che all'epoca di Morgagni (1761) non si aveva una esatta conoscenza del termine « tubercolo » allora usato. Sta di fatto che nemmeno quando Portal 43 anni dopo comunicava il suo studio, si poteva parlare di lesioni tubercolari col corredo di cognizioni e di dimostrazioni venute in luce solo molto più tardi. I casi di Morgagni e di Lorenzo Mariani erano del resto clinicamente persuasivi; ma se anche fosse vero che nelle descrizioni date prima dai due italiani esistesse molto di incerto, resta sempre indiscutibile in loro favore il merito d'aver primi richiamato l'attenzione degli studiosi sopra un capitolo nuovo di patologia, e ciò senza pregiudizio del valore di chi posteriormente ne avesse meglio precisato i limiti e l'importanza.

Certamente in principio, e non poteva essere altrimenti, debbono essere state confuse con forme linguali tubercolari altre affezioni croniche: come glossiti banali da germi attenuati, glossiti luetiche, noduli e ulcerazioni neoplastiche, ecc. Una letteratura rigorosamente attendibile, ricca di documentazioni in modo da esser presa come base di uno studio secondo i criteri attuali non può cominciare che dopo l'identificazione del bacillo specifico, con la possibilità di controlli culturali, e l'abitudine clinica di ricorrere alle biopsie e alle prove biologiche.

A parte poi la questione della priorità, se si scorre la bibliografia di quest'ultimo ventennio si trova che gli autori italiani hanno portato alla tubercolosi della lingua un contributo notevolissimo di osservazioni. Specialmente se ne è occupato il prof. Taddei, il quale da solo ne ha veduto ben cinque casi, quattro dei quali sono stati da lui operati. I primi due, che appartenevano alla Clinica Chirurgica di Firenze, furono riferiti: uno da Sinibaldi, uno da Fulle; sul terzo (occorso alla Clinica Chirurgica di Pisa durante il passato anno scolastico) il prof. Taddei fece prima una dotta lezione alla scolaresca (raccolta e pubblicata nel *Policlinico* s. p. 1922) e affidò poi a me il caso per una più ampia illustrazione. Il quarto è questo che mi accingo a riferire.

Armando I., ebanista, di anni 50, da Livorno.

Ammalato da un mese. Mangiando si scalfì la lingua con una crosta di pane. Il giorno dopo di nuovo si ferì con una lisca di pesce. Asserisce che non aveva mai avuto fino allora alcun disturbo a carico della lingua e delle sue funzioni. Guardatosi allo specchio si accorse di avere nel dorso della lingua un nodulino del volume di un chicco di grano-turco. Questo nodulo che era quasi affatto indolente sollevava leggermente la mucosa della superficie dorsale della lingua, risiedeva quasi a metà dell'asse antero-posteriore presso la linea mediana, un po' verso sinistra. Si recò dal proprio medico che accennò all'opportunità di una operazione e lo consigliò di ricorrere al chirurgo. Non credè di seguire il consiglio; fece invece inutilmente uso di collutori, per 15-20 giorni, durante i quali la tumefazione andò lentamente accrescendosi fino a raggiungere il volume di una grossa nocciuola. Si decise solo allora a presentarsi al nostro Istituto ove, constatato un ascesso sottomucoso, fu esortato a sottoporsi alla cura chirurgica.

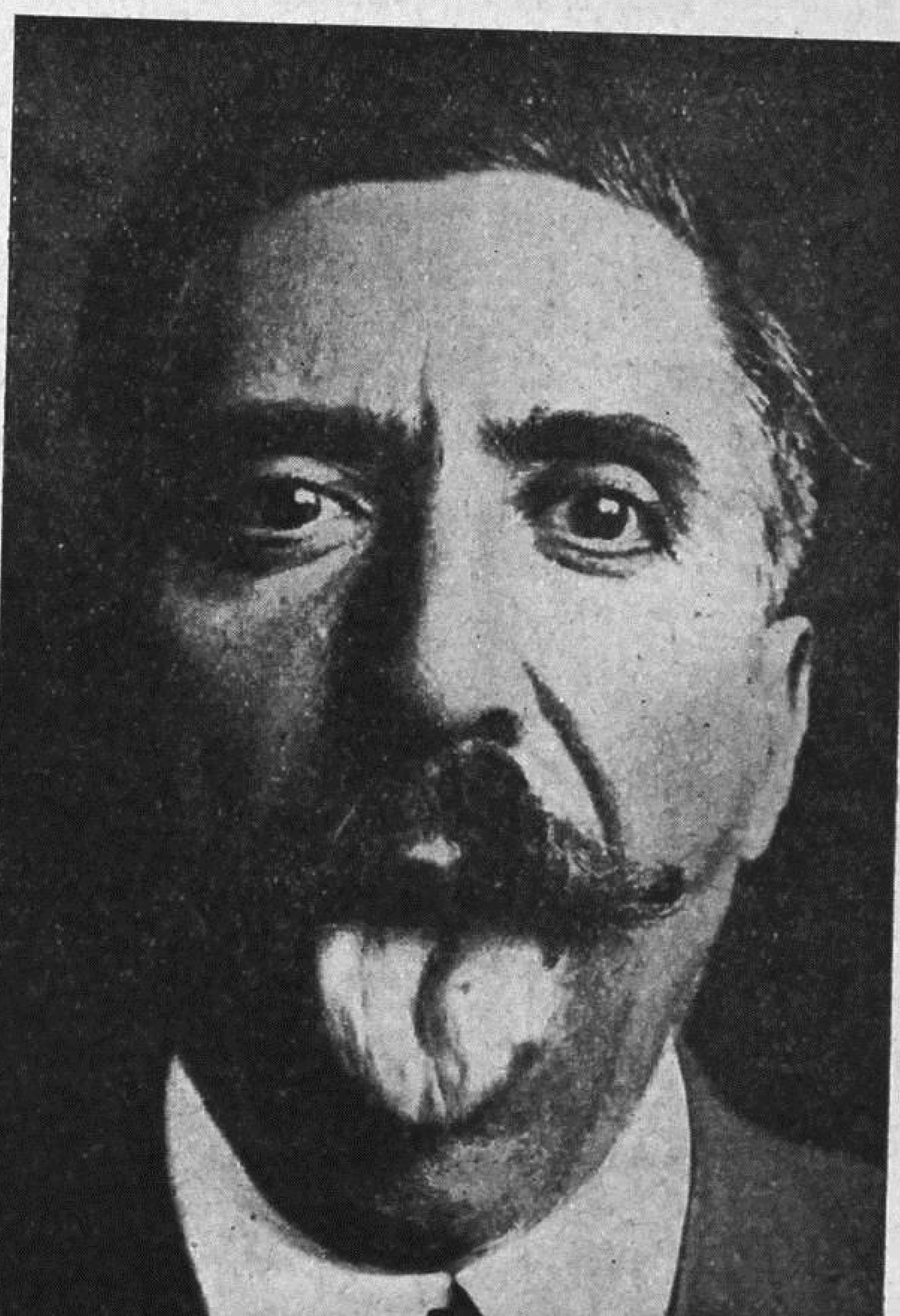


FIG. 1.

Entra dopo sette giorni. In questo intervallo riferisce che improvvisamente nello sciacquarsi la bocca una sera si accorse che la tumefazione si era rotta spontaneamente dando esito a pus e sangue.

Attualmente presenta: una leggera tumefazione della lingua che sporge leggermente sulla superficie libera e sposta un po' verso destra il rafe mediano dell'organo (vedi fig. n. 1). La mucosa linguale è assottigliata sul centro della rilevatezza ove notasi un forellino da cui geme materiale pu-

rulento in scarsa quantità. Il nodulo (afferrando la lingua a tutto spessore) pare raggiunga il volume di una grossa nocciuola, alla pressione è leggermente dolente. L'infermo asserisce che invece pel passato era assolutamente indolore. I movimenti della lingua si compiono normalmente essendo solo molesta da qualche giorno (dopo la rottura spontanea) la masticazione dei cibi solidi o semisolidi.

Avverte solo prima un po' di stanchezza e poi di dolore se cerca di parlare a lungo. Nessun disturbo alla deglutizione dei liquidi e alla fonazione.

Padre morto di infortunio, madre di malattia

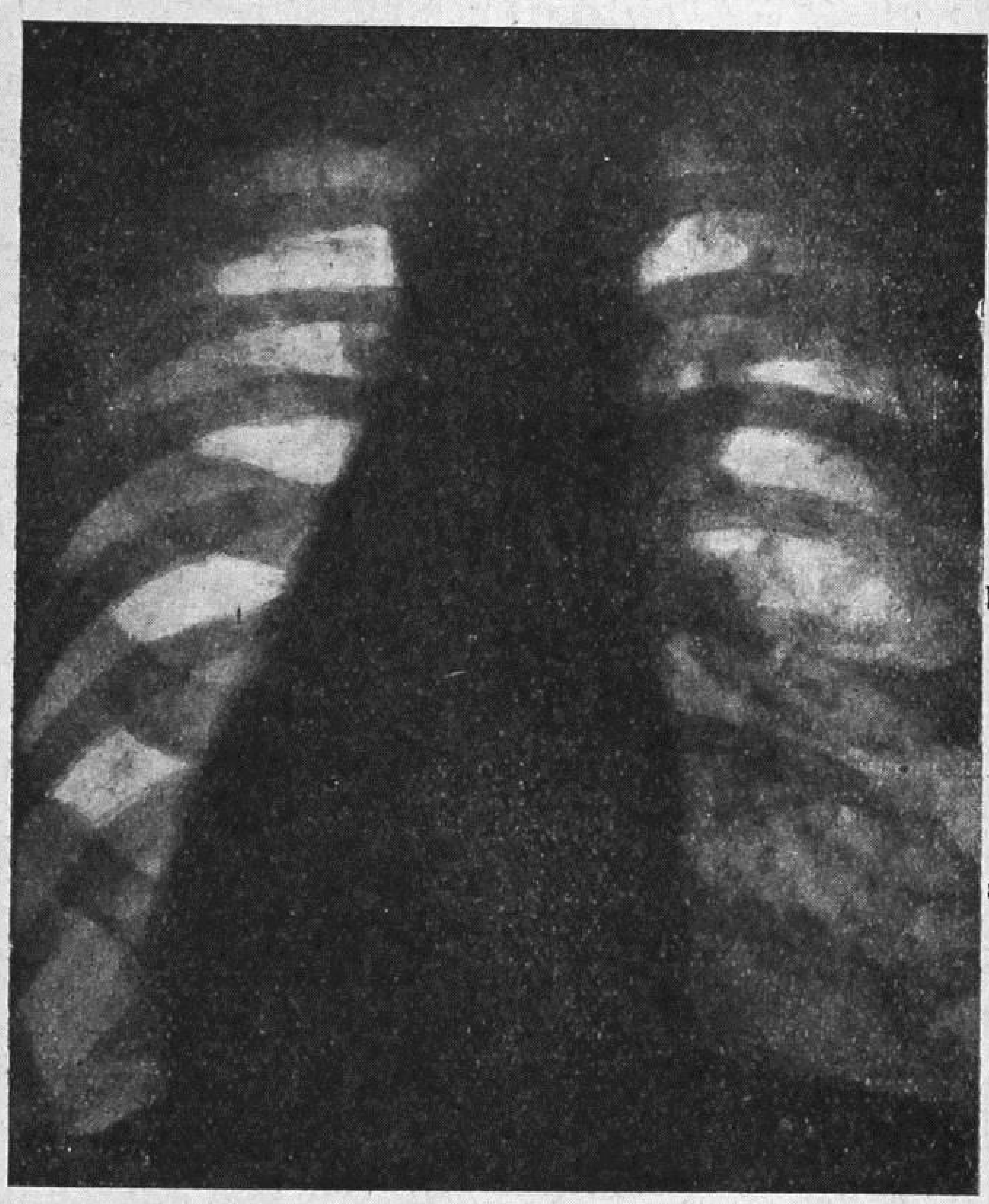


FIG. 2.

a: parenchima infiltrato da noduli tubercolari più o meno antichi;

b: ombra di grosso nodulo caseoso.

polmonare non precisabile ma certo non acuta. Una sorella viva e sana. L'infermo non ha sofferto alcuna malattia acuta notevole. All'età di 24 anni ebbe una emottisi violenta. Migliorò dopo lunghe cure climatiche e mediche (fra le quali ricorda 180 iniezioni di siero Maragliano) e non ebbe più emottisi. Però è molto soggetto a soffrire di catarro bronchiale e di tosse per ogni minima causa reumatizzante. L'epididimo di destra è aumentato di volume e lievemente sclerotico. Tutto il deferente dello stesso lato è ispessito e si presenta un terzo circa più grosso del corrispondente. Nè epididimo, nè testicolo, nè deferente sono dolorabili alla pressione. Lieve stato emorroidario. Nulla all'apparecchio circolatorio.

All'esame del torace si sente una differenza di fremito vocale tattile fra il lato destro e il sinistro. Apici ipofonetici. Murmure vescicolare a destra diminuito di intensità ed aspro. Qualche gruppo di rantoli alla regione sottoscapolare sinistra. Si pratica una radiografia che qui riportiamo (fig. n. 2).

Diagnosi: Ascesso freddo della lingua.

Operazione: 3 settembre 1920 (Taddei). Malato in posizione seduta. Si afferra la lingua con una pinza Museaux. Anestesia locale con novocaina. Pulizia meccanica e pennellazione con alcool iodato della superficie linguale. Incisione ellittica circondante in lunghezza per 3 cm., in profondità per 1 cm., e per 1/2 cm. in larghezza la zona sporgente, che presenta nel suo centro un forellino il quale permette l'introduzione di uno specillo. Si giunge col taglio fino a 1/2 cm. dalla linea mediana. Escissione sul muscolo sano. L'estirpazione

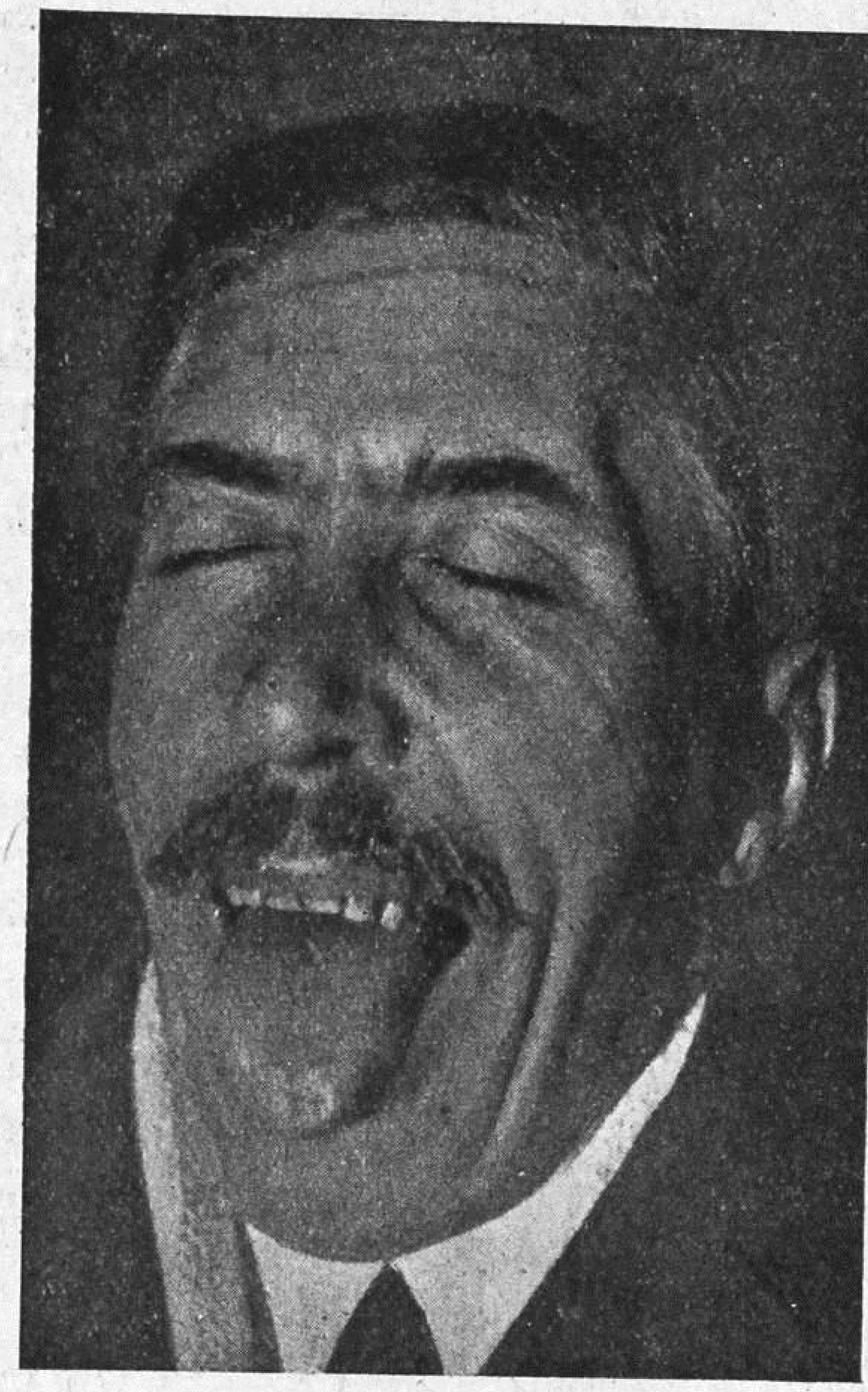


FIG. 3.

avviene così in blocco. Sutura ricostruttiva a punti staccati di catgut.

Decorso postoperatorio regolarissimo, guarito per prima. L'infermo fu dimesso il 17 settembre: rivisto a più riprese è oggi perfettamente ristabilito.

Il pezzo prelevato venne fissato per l'esame istologico, che risultò negativo per la ricerca di bacilli tubercolari, e che non mise in evidenza in numerosissime sezioni nulla più di una flogosi linguale cronica, senza alcuna caratteristica tipica o atipica di lesione tubercolare. Col pus del contenuto si iniettano due cavie, una sottocute dell'addome, l'altra endo-peritonealmente. La prima muore dopo tre o quattro giorni con note di una polmonite; la seconda viene uccisa il 16 ottobre e si trova affetta da nodulini miliarici sparsi e diffusi sul peritoneo parietale, nel fegato e nella milza. Si riconoscono già macroscopicamente, ma anche meglio istologicamente, per tubercoli tipici.

COMMENTI ANATOMO-PATOLOGICI.

Il caso di tubercolosi linguale esposto rientra nelle forme *intramuscolari o nodose*.

Sono questi gli aspetti più interessanti chirurgicamente perchè oltre ad essere suscettibili, come nel nostro infermo, di un intervento, l'esperienza ha insegnato che spesso si ottengono guarigioni durature. L'esame macroscopico faceva constatare nella lingua una tumefazione unica (rarissimi sono i casi di due o più noduli: Pawling, Barth) della grossezza di una nocciuola. Volume medio questo di abituale osservazione, rari assai essendo gli ascessi di volume maggiore, per quanto nella letteratura siano descritti casi della grossezza di un uovo di gallina (Venot).

La sede era corrispondente alla massima predilezione: paramediana e sulla superficie anteriore, come è quasi sempre; questa volta a sinistra e verso la metà, anzichè verso la punta dell'organo.

La cavità ascessuale era fistolizzata e quasi vuota di pus.

Nel taglio del pezzo prelevato chirurgicamente non si osservarono particolari degni di rilievo. Invece fu assai interessante l'esame istologico.

Nelle numerosissime sezioni che furono praticate interessando in diversi e lontani punti la parete della cavità il reperto microscopico fu presso a poco identico: era evidente una flogosi cronica, non si potè riscontrare alcun tubercolo, nessuna cellula gigante; nemmeno quelli accumuli di cellule epitelioidi e linfoidi che accompagnano le lesioni tubercolari. Sulla base di un tale resultato sarebbe stato impossibile porre la diagnosi di ascesso freddo linguale, diagnosi che invece la clinica aveva indicato come probabile e che fu suffragata dalla prova biologica.

La cavia inoculata nel peritoneo col pus prelevato e uccisa dopo oltre 5 settimane dimostrò infatti tubercoli tipici diffusi al fegato, alla milza, al peritoneo parietale.

È interessante molto questo rilievo apparentemente contradditorio, giacchè è noto che nelle forme nodulari dubbie, specialmente ulcerative, il chirurgo per avere il criterio diagnostico che sarà decisivo per la condotta operativa (largamente demolitoria oppure conservativa) ricorre molto spesso ad una biopsia.

Nel lavoro precedente a proposito dell'anatomia patologica dell'ascesso freddo intralinguale, ho detto che non è difficile riscontrare la mancanza di un reperto istologico caratteristico, per la frequenza nota di forme tubercolari atipiche, che possono essere anche più alterate, nella loro apparenza strutturale, dalla sovrapposizione di fatti infiammatori da germi comuni.

Questa spiegazione che proprio calza per questo nuovo caso in modo così attendibile, mi fa credere che una simile eventualità non debba essere eccessivamente rara, data la facilità con cui l'ascesso freddo linguale si rompe spontaneamente e data la sede (bocca) abitualmente ricca di germi saprofiti e patogeni.

Credo di poter quindi dedurre che per la diagnosi anatomo-patologica non conviene mai limitarsi al prelevamento di un pezzo più o meno esteso, ma si deve sistematicamente accompagnare l'indagine da una prova biologica complementare.

COMMENTI CLINICI.

La sintomatologia come al solito ha avuto un inizio subdolo. L'infermo si accorse dell'affezione mangiando, quando la lingua, ispessita nella compagine, quasi legata da uno stato patologico, ha subìto un traumatismo che fu incolpato (come accade spessissimo) a torto, non avendo servito che a smascherare l'affezione. Era già evidente un nodulo quando l'ammalato ricorse al medico tantochè fu dato il consiglio di rivolgersi al chirurgo. È probabile, e questo fu rilevato dall'interrogatorio dell'infermo, che il sanitario (non chirurgo di carriera) fosse un po' incerto nella diagnosi. È noto che l'ascesso freddo della lingua specialmente all'inizio (fase di induramento) non è facile a esser subito riconosciuto, e nell'altro lavoro ho anzi riportato una quantità notevole di autori che sono stati fortemente incerti o che hanno addirittura confessato l'errore in cui erano caduti, giacchè il quadro a loro capitato simulava perfettamente: un sarcoma, un papilloma, un linfangioma cistico, una lue terziaria, un sifiloma ulcerato, una cisti sierosa o mucosa o ematica, ecc.

Come è noto le difficoltà diagnostiche più grandi che si incontrano sono nel differenziare l'ascesso freddo dalla sifilide e dal cancro. Il malato nostro non aveva nella storia precedenti di lue, aveva invece notizie e segni di lesioni bacillari pregresse (polmonare e genitale). In queste circostanze l'obiettività di un infiltrato a lenta e subdola evoluzione, che si dichiara per un ascesso, fistolizzandosi in 20-30 giorni dalla comparsa, non dava veramente luogo a molti dubbi.

È certo però che talvolta il quadro è molto meno chiaro e siccome possono accavallarsi i diversi elementi etiologici di sospetto, l'imbarazzo è gravissimo per il chirurgo che deve prendere una decisione notevole sempre per gravità e conseguenza, avendo per di più a disposizione uno spazio di tempo ristretto che non consente prove di laboratorio decisive (inoculazione in animali di materiale prelevato) o tentativi terapeutici risolutivi (energico trattamento antiluetico).

In simili circostanze il chirurgo si servirà dei

sussidi abituali (reazione di Wassermann, puntura esplorativa, bacterioscopia, biopsia, ecc.) per ridurre se non proprio per eliminare totalmente le cause di incertezza.

È interessante ricordare che volendo indagare l'esistenza di precedenti tubercolari in pazienti come questi in cui la lesione tubercolare (a differenza delle forme ulcerative che compaiono più spesso in tisici avanzati) si accompagna molto spesso a uno stato generale florido, non ci si deve limitare alla solita inchiesta sommaria sulla salute dei famigliari, e sui precedenti morbosi clamorosi (pleurite, scrofola, fistole anali, ecc.). È prudente invece esplorare l'epididimo come raccomanda Weber (nel nostro caso esisteva per esempio una epididimite cui l'infermo non aveva dato importanza) e praticare sistematicamente una radiografia del torace.

Insisto poi nel consiglio già dato (Fantozzi, *Policlinico*, Sez. chir., 1923) di esaminare accuratamente le funzioni renali che spessissimo hanno una tubercolosi muta e di esplorare gli annessi nella donna, diffidando di lievi fatti infiammatori interpretati facilmente come gonococcici.

Mettere in evidenza una antecedente localizzazione bacillare avrà un peso notevole specie quando (mancando precedenti, Wassermann negativa) la lue può essere esclusa e l'esame obbiettivo non deponga troppo in favore di un aspetto neoplastico (assenza di infiltrato, non tendenza all'ulcerazione, pastosità del nodulo, gangli regionali non ingrossati, ecc.), giacchè gli autori sono quasi tutti d'accordo (Taddei) nel considerare clinicamente la tubercolosi linguale come una localizzazione secondaria. Sono stati assai spesso descritti casi interpretati come localizzazione primitiva, ma sono discutibili quasi sempre, anzi io li ritengo eccezionali e limitati alle forme da innesto diretto, come nel caso Taddei (Sinibaldi) che riferisco perchè raro e tipico. Una bambina di cinque anni, cadde nella stanza ove da tempo era degente una zia tisica, si scalfì la lingua fino a farla sanguinare con una crosta di pane che stava mangiando, comparve in seguito un ascesso freddo proprio sulla sede precisa della piccola ferita.

Il trattamento che è stato seguito nel mio ammalato è quello di elezione cui ricorrono oggi tutti i chirurghi (Burci, Taddei, Anzillotti, Durante L. ecc.) ossia la resezione cuneiforme, od ellittica, fino ad escidere sul sano, facendo seguire una accurata sutura ricostruttiva. Le cure generali nel senso di ottenere una influenza medicamentosa sull'infermità sono totalmente abbandonate, rimangono invece solo come preziosissimo abituale sussidio per combattere eventuali focolai concomitanti e per conferire all'organismo miglior resistenza contro successive possibili localizzazioni.

I metodi antichi: la puntura evacuativa, seguita da iniezioni modificatrici (Betti, Venot), l'incisione sia semplice, sia seguita da scucchiaiamenti e da cauterizzazioni (Dardignac, Ponce, Barth, ecc.) e anche l'incisione seguita prima da estirpazione delle pareti ascessuali e poi sutura (Péan, Le Dentu, Brun) sono caduti successivamente o perchè insufficienti o incerti.

La resezione in blocco fatta in anestesia locale (da preferire alla narcosi generale per rispetto a focolai toracici che possono essere sinistramente influenzati da stati congestizi) ha dato anche in questo caso un ottimo resultato liberando della sua infermità il nostro paziente che potè lasciare la Clinica senza presentare reliquati di sorta appena 10 giorni dopo l'intervento.

Le fotografie che riporto sono del resto una sufficiente documentazione, tanto del caso, quanto del resultato ottenuto.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

La diagnosi dell'appendicite cronica.

(M. BRULÉ. *Presse médicale*, n. 91, 1924).

Il problema dell'appendicite cronica si presenta continuamente in patologia intestinale come uno dei più difficili a risolvere. Nessuna discussione sarebbe possibile se l'appendicite cronica precedesse, o seguisse sempre la appendicite acuta. La gravità di questa indurrebbe a far operare immediatamente ogni appendicite cronica. Ma questa opinione è troppo assoluta. Le due affezioni sembrano, nella maggioranza dei casi, distinte l'una dall'altra.

Esistono tuttavia delle appendiciti croniche che persistono nell'intervallo di numerose crisi acute, come manifestazione di un focolaio infettivo non spento; queste forme sono giustiziabili con l'intervento chirurgico.

Vi è poi l'appendicite cronica fin dall'inizio, pura, che decorre indipendentemente da ogni crisi di appendicite acuta: questa forma è la più frequente, e sembra, ma non è, di facile diagnosi. I sintomi classici, che dovrebbero permettere di riconoscere facilmente l'appendicite cronica, hanno un valore discutibile: inizio dell'affezione graduale, insidioso, caratterizzato sovratutto da disturbi intestinali di antica data; contrattura muscolare di difesa assente o assai scarsa; dolore la cui localizzazione va spesso ricercata con l'aiuto della radioscopia. Rari sono i

casi in cui la regione ceco-appendicolare, che è spesso la più dolorosa, è anche la sola dolorosa. La palpazione semplice, o sotto lo schermo, rivela delle zone dolorose sul colon ascendente, sul trasverso e perfino sull'ansa sigmoide. Il dolore è risvegliato dal cammino, dalle scosse, da certe posizioni, dal passaggio degli alimenti nel cieco, dall'ingestione di alcuni cibi, come il latte e le uova, che sono notoriamente mal sopportate in tutte le colopatie. Il vomito e la nausea hanno importanza, specie il vomito che è raro nelle semplici colopatie. Della dispepsia appendicolare si è troppo abusato: essa è anzitutto una dispepsia intestinale. La mancanza di sintomi patognomonici dell'appendicite cronica ha indotto a ricercare la prova della lesione appendicolare nella comparsa di speciali complicazioni: però le relazioni tra l'appendicite cronica, l'ulcera gastrica e la colelitiasi sono ancora male definite, mentre la sindrome entero-renale e quella entero-epatica (Heitz-Boyer, Brulé e Garban) non sono affatto caratteristiche di una infezione cronica di origine appendicolare.

Nè si può aderire all'eccesso della concezione che attribuisce all'appendicite cronica tutte le pieghe intestinali da briglie, tutte le pericoliti adesive, le periduodeniti, ecc., che si osservano e progrediscono anche molti anni dopo l'appendicectomia. Distinta dall'appendicite acuta, caratterizzata da una sintomatologia sovratutto intestinale e non più peritoneale, l'appendicite cronica pura ha una patogenesi di difficile interpretazione: è una lesione primitiva dell'appendice con reazione intestinale secondaria? è un disturbo funzionale del colon con lesione simultanea, ma leggera dell'appendice? vi è consistenza di questi fattori, non facilmente scindibili nel quadro morboso? Le constatazioni operatorie dimostrano, in generale, una sproporzione evidente fra la scarsa intensità delle lesioni anatomiche e l'importanza dei sintomi clinici. I risultati operatori soddisfacenti sono rari: si vedono continuamente malati, che hanno subìto l'ablazione dell'appendice per appendicite cronica, i quali presentano immutati i disturbi. In questi casi si può affermare che è possibile far scomparire le sofferenze limitandosi a trattare con logica e con pazienza l'intestino.

Dunque accanto all'appendicite cronica vera, che spesso conserva dei rapporti con l'appendicite acuta, vi sono dei dolori appendicolari con disturbi gastro-intestinali, legati a una lesione colica predominante: l'appendicite è parte secondaria di una colite, meglio modificabile con un trattamento medico, che con un intervento chirurgico. Lo stesso può dirsi delle false sindromi appendicolari create da deformazioni meccaniche del colon destro: cieco mobile, ptosico, ptosi dell'angolo destro, pericoliti adesive, ecc. La diagnosi, perciò, di appendicite cronica deve essere fatta con circospezione, dopo aver seguito con attenzione il malato, dopo aver tentato una cura medica rigorosa, e l'indicazione operatoria mentre deve essere rapida e precoce nell'appendicite acuta, netta nelle appendiciti croniche secondarie ad appendiciti acute, deve invece essere discussa nelle appendiciti croniche pure e spesso deve essere respinta.

A. PICCINELLI.

Per la clinica del flemmone duodenale.

(SCHNEIDER. *Wien. klin. Woch.*, n. 21).

Nel 1919 Nils Hellshöm ha riferito su 35 casi e nel 1923 Bohmausson su 68 di flemmone primitivo intestinale, di cui 18 interessavano il duodeno.

Il flemmone duodenale, che Melchior per natura e fenomenologia ritiene analogo alla gastrite flemmonosa, non è per la sua sintomatologia esattamente definito, per quanto abbia delle note caratteristiche, e finora non è stato possibile stabilirne la diagnosi prima della laparotomia o dell'autopsia.

La duodenite flemmonosa è una malattia rara; l'infezione intestinale, enterogena primitivamente o metastatica, è quasi sempre latente e dipende da alcune circostanze concomitanti.

La porzione superiore dell'intestino per la sua posizione fissa pare sia protetta contro le azioni esterne (corpi estranei o traumi); l'età avanzata sembra che offra una disposizione locale, ma un altro fattore, sulla cui importanza tutti gli autori son d'accordo, è la diminuzione del succo gastrico, come assai spesso si constata nei vecchi per gastrite cronica o per stasi venosa intestinale, donde il favorevole sviluppo di batterii, più frequentemente di streptococchi, che vi penetrano dall'esterno con la saliva o con gli alimenti.

Riguardo alla forma clinica la comparsa del flemmone è rapida, sorprende specialmente le persone sane ed è assai di rado una complicazione di una malattia precedente. Questo rapido decorso è dovuto alla partecipazione del mesenterio all'infiltrazione flemmonosa ed al precoce riassorbimento delle tossine.

Il caso riferito dall'A. non conferma affatto quanto alcuni hanno ritenuto come caratteristico ed importante per la diagnosi differenziale, cioè l'esistenza di basse temperature e di un polso lento e forte; l'elevazione termica fu invece sollecita, senza brivido iniziale, raggiunse un alto grado e continuò così fino al momento della morte e contemporaneamente il polso, piccolissimo, giunse rapidamente fino a 120. Il dolore, che

si presentò *in ultimis*, non era caratteristico nè sempre ben localizzato, dovuto alla partecipazione del peritoneo parietale. Come sintoma ordinario è da ricordare la nausea e gli abbondanti vomiti biliosi e la presenza di sangue in questi e nelle deiezioni, da attribuirsi all'iperemia da stasi del tratto intestinale. L'ittero nel caso suddetto non dimostrò notevoli alterazioni, però son noti nella letteratura casi di ittero nel decorso di un flemmone duodenale localizzato specialmente in prossimità della papilla di Vater.

Riguardo all'etiologia del flemmone duodenale, nel caso descritto dobbiamo mettere in prima linea le particolari condizioni addominali dell'individuo colpito (cirrosi) e dare importanza alle modificazioni delle pareti intestinali consecutive a stasi conica della v. porta, come alla invasione dei germi patogeni ingoiati con gli sputi bronchiali; la distruzione dei leucociti, osservati dall'A., spiega l'enorme gravità dell'infezione e la infausta prognosi.

L'A. conferma le vedute degli altri autori, che cioè il flemmone duodenale manca di sintomi proprii, patognomonici, per cui assai difficile ne è la diagnosi.

È degno di considerazione il giudizio di Holmdahl che *non tanto la alterazione intestinale per sè, quanto la peritonite da essa causata rappresenta il sintoma dominante della forma morbosa.* Ed a questo proposito è da notare la differenza col flemmone gastrico, nel quale la peritonite comparisce più tardi. La palpazione del tumore intestinale circoscritto potrebbe facilitare la diagnosi.

È da accennare finalmente anche al fatto che in notevole proporzione, nei casi di flemmone intestinale, erano colpiti individui sofferenti di cirrosi epatica; sembra quindi che questi siano più minacciati dal flemmone intestinale ed è per conseguenza necessario, in tali casi, di ricercar bene l'esistenza di qualche processo purulento in altra sede ed esaminar bene lo stato dell'intestino.

DE CHIARA.

Ricerche sulla secrezione del succo gastrico.

(E. LESCHKE. *Med. Klinik*, n. 31, 1925).

È possibile dimostrare su preparati istologici della mucosa gastrica le modalità di secrezione dell'acido cloridrico, tenendo le sezioni per alcune ore in soluzione di nitrato d'argento all'1 % e trattandole poi con formolo diluito in acqua, idrochinone e solfito di sodio. Ai posti in cui c'erano gli joni di cloro si vedono granuli neri di argento. Queste ricerche provano che l'ac. cloridrico non viene secreto dalle cellule principali, bensì dalle cellule oxintetiche della mucosa gastrica, cellule che si riscontrano stipate di granuli neri. Per la ricerca clinica sulla secrezione del succo gastrico è necessario determinare i cloruri totali oltre all'acido libero. Infatti il rapporto tra l'acido cloridrico libero e i cloruri neutralizzati dà una misura dell'entità del reflusso del succo duodenale nello stomaco, ciò che determina la neutralizzazione parziale del succo gastrico.

In condizioni normali si osserva un'ascensione abbastanza regolare dei valori dell'acidità dopo il pasto di prova, valori che raggiungono il massimo, dopo 45-47 minuti. Nella seconda ora l'acidità di solito diminuisce, mentre il cloruro totale rimane invariato oppure aumenta; le due curve si incrociano. Questa particolarità è in rapporto col reflusso del succo duodenale nello stomaco, ciò che si può anche riconoscere grossolanamente per la colorazione giallastra che il succo gastrico assume in tale periodo. Dunque il reflusso di succo duodenale è fisiologico e il piloro ha anche la funzione di permettere questo reflusso necessario alla neutralizzazione dell'acidità gastrica. In casi di carcinoma gastrico e di anemia perniciosa, in casi di achilia nervosa o funzionale esiste un'ipo- o acloridria vera, per cui sono bassi tanto i valori acidi quanto i valori del cloro totale. In altri casi esiste una pseudoipoacidità mentre i valori del cloro sono normali oppure aumentati. In questi casi il solo esame dell'acidità avrebbe dimostrato un'ipoacidità, mentre l'esame delle intiere curve dei valori acidi e clorici dimostra che viene secreto sufficiente succo acido, ch'esso viene però fortemente neutralizzato dal reflusso duodenale. Si possono chiamare questi casi « ipoacidità normoclorica o iperclorica ». Anche l'iperacidità spesso non è constatabile ad un solo sondaggio gastrico. In molti casi essa si manifesta soltanto entro la seconda ora. A seconda del comportamento del cloro totale si può distinguere un tipo normo- iper- ed ipo-clorico. Quest'ultima forma è specialmente importante, essa è in rapporto con un pilorospasmo che inibisce il reflusso del succo duodenale e quindi la neutralizzazione del succo gastrico. Nell'ulcera gastrica le curve della secrezione non sono caratteristiche; nell'ulcera duodenale si possono avere curve ascendenti (corrispondenti all'iperacidità ipoclorica), curve intermittenti (alternative di chiusura spastica e di apertura eccessiva del piloro) e curve rampicanti (i culmini dopo ogni discesa raggiungono valori superiori ai precedenti). Nella colecistite, colangite, colelitiasi e nelle affezioni epatiche si trova di solito il quadro dell'ipoacidità ipoclorica

o vera. Nella gastroptosi di solito si ha una ipoacidità normo- o iperclorica.

Questi metodi di esame sono importanti anche per giudicare la bontà di trattamenti curativi. Così dopo una gastroenterostomia che funzioni bene la curva della secrezione deve indicare un reflusso duodenale rispettivamente digiunale sufficientemente forte.

POLLITZER.

RADIOLOGIA.

Le ricerche con lipiodol per iniezioni sottoaracnoidee ed epidurali alla Sicard.

(HENRY ROGER. *Paris médical*, n. 4, 1925).

L'A. fa rilevare anzitutto come il lipiodol sia da preferirsi ad ogni altro liquido opaco ai raggi (soluzione iodio-iodurata non oleosa, bismuto in sospensione, collargolo, barite). Il lipiodol infatti essendo una combinazione di iodio con olio di garofano presenta un duplice vantaggio, la sua alta densità (1,35 per il lipiodol del commercio con 0,54 di iodio per cmc.) gli permette di scorrere rapidamente per la gravità nelle cavità sottoaracnoidee ed epidurali; la stabilità della combinazione dello iodio con corpi grassi toglie al metalloide quasi tutte le proprietà irritative per i tessuti molto delicati come le meningi.

L' interpretazione delle immagini radiografiche con il lipiodol sottoaracnoidee non ha valore se le ricerche non siano fatte seguendo una tecnica particolarmente rigorosa.

Prima di ogni ricerca occorre avere le seguenti precauzioni:

1) se si sospetta una lesione vertebrale (morbo di Pott, spina bifida) sarà bene fare delle buone radiografie dello scheletro in tutte le proiezioni, poichè l'immagine opaca del lipiodol potrebbe mascherare lesioni minime dello scheletro;

2) l'analisi del liquido cefalo-rachidiano sarà praticata almeno una settimana prima del lipiodol poichè ogni puntura lombare recente in seguito alla sottrazione del liquido può determinare un accollamento transitorio dei foglietti meningei che potrebbe impedire la discesa del lipiodol.

Iniezioni sottoaracnoidee: l'A. studia queste iniezioni prima della epidurale che è più antica poichè l'uso di esse è più frequente e presenta delle indicazioni diagnostiche più precise. Tale iniezione comprende due tempi: la puntura della cavità meningea e l'iniezione di olio iodato. In tesi generale la prova sottoaracnoidea è destinata a mettere in evidenza un accollamento più o meno serrato delle meningi per una lesione intrinseca od estrinseca ed a fissarne il limite superiore. L'iniezione sarà fatta al di sopra del supposto ostacolo. Eccezionalmente nei casi in cui si voglia precisare il limite inferiore del restringimento si potrà praticare una iniezione al disotto e radiografare il paziente con la testa bassa. Eccetto questi ultimi casi o in lesioni puramente sacrali si dovrà fare l'iniezione lombare alta, la cui tecnica è nota a tutti. La puntura dovrà farsi in una regione d'accesso facile e in una parte della cavità sottoaracnoidea assai larga; si ricorrerà quindi alle punture dorsali inferiori, cervicali inferiori o meglio atlante occipitale.

Nella regione dorsale dalla seconda dorsale alla nona la cavità è molto ridotta e la puntura riesce spesso negativa. Lo spazio atlante-occipitale è, secondo Sicard e La Plane, la vera sede di elezione per la puntura. Quanto al materiale necessario si deve essere forniti di due aghi di Tuffier in platino o in nichel lunghi 7 cm. e di calibro 8/10 di millimetro a punta smussa molto corta; di 3 siringhe di 2 cmc. riempite l'una di una soluzione di novocaina all'1 per cento (e fornita di un ago fine da 3 cm.), la seconda di acqua distillata o di siero fisiologico, la terza di lipiodol 1 cmc. a 0,45.

Dopo aver usato il lipiodol del commercio a 0,54 per cmc., Sicard e La Plane consigliano il lipiodol a 0,45, il quale, quantunque meno ricco di olio, ha una opacità quasi uguale all'altro e quantunque la sua densità un po' più debole diminuisca un poco la velocità della sua espansione, la minore viscosità di questa soluzione predispone meno alle false immagini. Bisogna servirsi sempre di lipiodol che abbia un colorito ambra-giallo chiaro. Dettaglio importante di tecnica sarà liberare la siringa da ogni bolla d'aria. La siringa sarà riempita non per aspirazione ma versando dell'olio nel suo corpo.

Il malato starà nel suo letto coricato sul fianco, il dorso semiseduto, la testa sarà fortemente flessa, la regione sarà disinfettata opportunamente. Come punto di repere l'operatore prenderà il punto medio di una linea che riunisce le sporgenze sempre nettamente controllabili della protuberanza occipitale esterna e dell'apofisi spinosa dell'asse. Si praticherà quindi innanzi tutto l'anestesia locale con la novocaina. La puntura atlante-occipitale può essere impressionante, ma è meno dolorosa della lombare. Ottenuta l'anestesia la siringa con acqua distillata è montata su l'ago di Tuffier e introdotta per lo stesso orificio cutaneo perpendicolarmente alla pelle e sempre nel piano sagittale. L'ago arriva subito su un piano resistente. Il legamento atlante-occipitale disteso per la flessione della testa. Si è allora nella cavità sottoaracnoidea. Si toglie la siringa e dal padiglione dell'ago lasciato in posto fuoriescono goccie di liquido cefalo-rachidiano. La puntura cervicale inferiore è da raccomandarsi meno della atlante-occipitale, la puntura dorsale inferiore non differisce dalla puntura lom-

bare che per l'obliquità più accentuata in alto da darsi all'ago.

L'iniezione di lipiodol può dar luogo ad accidenti immediati e lontani

Fra gli accidenti immediati sono da ricordare reazioni locali (dolori) e reazioni generali (temperatura) che può raggiungere 39, 40 gradi per 3-4 giorni con cefalea violenta. Fra gli accidenti lontani è da ricordarsi l'aracnoidite determinata spesso dal lungo soggiorno del lipiodol nella cavità rachidea.

L'iniezione epidurale. Per praticare questa iniezione occorre essere forniti di due siringhe: una di 2 cmc. riempita di novocaina all'1 %, un'altra da 10 cmc. riempita di lipiodol e di un ago di Tuffier di platino o nichel. Il paziente è seduto a dorso curvo e gambe pendenti fuori del letto come nella puntura lombare. L'iniezione viene praticata al di sopra della lesione, raramente al disotto e in questo caso occorre mettere subito il paziente in posizione di Trendelenburg. Al contrario della puntura sottoaracnoidea questa ha il vantaggio di non essere lontana che di qualche vertebra dalla regione da esplorare e così si dovrà impiegare una quantità minore di lipiodol. Questa puntura può essere praticata a diversa altezza, l'epidurale sacrale di cui la tecnica è classica è poco utile dal punto di vista diagnostico salvo che nella spina bifida sacrale. L'iniezione riesce più facile tra i segmenti C.³ o D.² e D.¹⁰ o S.¹; più difficilmente si riuscirà nella regione dorsale. Dopo l'iniezione il paziente si lascia seduto per parecchie ore.

L'unico inconveniente è una leggera elevazione termica che spesso raggiunge i 38°.

Esame radiologico. La radioscopia riesce poco utile in quanto che data la lentezza con cui scende il lipiodol le immagini non sono precise.

Molto più utile riesce la radiografia. Questa sarà praticata con il malato in posizione verticale e si lascia seduto un po' di tempo affinchè il lipiodol si ammassi sia nel cul di sacco lombo-sacrale sia al disopra dell'ostacolo comprimente il midollo. Non sarà inutile praticare una seconda radiografia in posizione orizzontale per ricercare come il lipiodol si mobilizzi, sarà bene, inoltre, una radiografia in posizione laterale. Nelle ricerche con l'iniezione sottoaracnoidea occorrerà fare almeno tre radiografie in serie, la prima qualche minuto o qualche ora dopo l'iniezione, le altre due il giorno dopo o dopo due giorni. Sarà opportuno praticarne una quarta dopo 5 o 8 giorni. Le iniezioni epidurali invece richieggono una o due radiografie fatte 12 ore dopo l'iniezione. Tali radiografie saranno praticate sia in posizione antero-posteriore che laterale.

Immagine radiologica. L'A. prende in esame le immagini avute in posizione verticale.

Immagini sottoaracnoidee. Tre eventualità possono riscontrarsi. 1) Il lipiodol può scendere in massa nel cul di sacco sacrale; 2) può rimanere ammassato in un punto qualsiasi del tragitto; 3) può arrestarsi parzialmente mentre una parte discende nel cul di sacco terminale.

Immagini epidurali. L'iniezione in un soggetto normale, messo in posizione seduto o in piedi discende lentamente in poche ore. Dopo 12 ore resta fissato definitivamente e appare sotto forma di tanti punti che si profilano su molte vertebre e in corrispondenza dei forami di coniugazione sopratutto se il paziente è stato in decubito laterale. Se esiste un ostacolo il lipiodol a questo livello forma una massa più compatta in corrispondenza dei forami di coniugazione relativi.

T. LAURENTI.

Radiodiagnosi al lipiodol di una sindrome di cauda equina in un tubercoloso.

(HARVIER e CHABRUN. *Bull. et mém. de la Soc. des hôp.*, Paris, 1925, n. 7).

Un soggetto accolto nel reparto ospedaliero degli AA., aveva accusato quindici giorni prima bruscamente dei disturbi degli sfinteri. Da venti anni era affetto da una tubercolosi pleuro polmonare bilaterale, e in tal tempo aveva presentato vari accidenti nervosi, di breve durata, a carico dell'innervazione delle natiche e delle coscie. L'esame del malato, nel momento dell'ingresso in ospedale rivela una netta sindrome della cauda equina: ritenzione completa di urine, per lo più stipsi, talora, dopo somministrazione di purganti, incontinenza delle feci; non erezioni.

Anestesia a sella a carico della sensibilità tattile, dolorifica, termica, con distribuzione radicolare nel dominio della quarta e quinta sacrale. Il riflesso anale è abolito. Negativo il resto dell'esame nervoso, negativo l'esame del rachide: nessuna alterazione radiografica dello scheletro, nessuna alterazione delle urine, del sangue. All'esame del liquido c. r. estratto a diverse altezze, si nota liquido chiaro, pressione normale, iperalbuminosi, ipercitosi, reazione citologica speciale con linfociti e cellule endoteliali. L'iniezione di un cc. di lipiodol fra l'occipite e l'atlante, mostra un arresto della sospensione opaca lungo tutta la colonna lombare: l'olio iodato scorre dal bordo inferiore della prima vertebra lombare fino al primo pezzo del sacro con aspet-

to di brevi tratti lineari, di punti, di colonnine od a lagrime. A partire dalla quinta lombare alcuni granuli di lipiodol si sparpagliano divergendo verso le radici della cauda equina.

Esclusa dapprima l'ipotesi di una lesione del cono midollare, di un tumore, di una pachimeningite lombo sacrale, l'esistenza di una reazione cellulare a formula mista, era in favore di una lesione meningea: la prova del lipiodol mette in chiaro la diagnosi e conferma non solo l'esistenza di un processo meningeo, ma lo circoscrive per tutta la sua estensione: l'immagine radiografica permette di rilevare che si tratta di un processo di aracnoidite adesiva, estendentesi dal cono midollare alla regione sacrale dando luogo a sepimenti nello spazio subaracnoideo. L'assenza di trauma elimina l'ipotesi di briglie cicatriziali consecutive ad emato rachide; le reazioni, l'anamnesi, il trattamento di prova inefficace fanno escludere la sifilide: s'impone un collegamento fra le sepimentazioni e le aderenze proprie dei tubercolosi con le lesioni osservate nel caso in discorso.

MONTELEONE.

PATOLOGIA GENERALE.

Rapporti tra mestruazione e costituzione.

(R. BOMPIANI. Note I, II e III. *Folia Gynaecologica*, 1924-25).

Nella prima nota d'introduzione, l'A., dopo avere accennato all'indirizzo costituzionalistico che prevale oggi nello studio dell'individuo ed all'evoluzione subìta dal principio informatore di questa dottrina, che da un puro morfologismo si è andato trasformando dapprima in un concetto morfofisiologico della costituzione e poi in morfo-fisio psicologico, stabilendo le relazioni esistenti tra la psiche, le attitudini del carattere e la individualità somatica e funzionale di un determinato essere, passa ad esaminare i rapporti esistenti tra funzione mestruale e costituzione nella donna.

L'importanza di essa (costituzione) è intuitiva, quando si pensi che tra i fattori endogeni che presiedono all'accrescimento e regolano la comparsa dei caratteri morfologici ed in special modo dei sessuali secondari, figurano in prima linea quelle stesse azioni ormoniche che determinano ed hanno sotto il loro controllo la funzione mestruale.

Lo studio unitario dell'organismo muliebre nel tipo morfologico, nelle varianti dinamico-umorali e neuropsichiche, condotto con metodo costituzionalistico, permette di comprendere i disturbi della funzione mestruale ed in senso lato di tutta la patologia sessuale femminile, non soltanto come alterazione di un organo o di parte di un sistema, ma in relazione al complesso dell'organismo e perciò con veduta larga e sintetica e quindi vera.

Che importa se molte delle correlazioni ammesse nelle determinanti del triplice aspetto dell'individualità non sono che ipotesi? La ricerca scientifica ha avuto spesso per impulso postulati ammessi quali ipotesi di lavoro. D'altra parte la dottrina morfologica delle costituzioni è materiata di fatti ed ha solida base nell'osservazione clinica; le dottrine ormoniche si sono innestate su di essa e cercano darne la spiegazione: esse costituiscono però, ancora un terreno pieno di incognite e di incertezze per la impossibilità di una valutazione qualitativa e quantitativa delle varianti umorali; la neuropsichica rappresenta un aspetto nuovo del dominio della costituzione, ancora poco studiato, ma fecondo di promesse. Essa ci permette infatti di intuire e di comprendere — almeno in parte — le caratteristiche individuali dell'anima femminile.

Nella seconda nota destinata a studiare *i fattori che partecipano al determinismo della mestruazione ed influenzano il tipo costituzionale della donna* l'A. passa in rassegna le moderne ipotesi sul determinismo della mestruazione e della parte che vi prendono le attività ormoniche dell'ovaio e delle altre ghiandole ad azione sinergica od antagonista, sviluppando il concetto, già accennato nella precedente nota, del come queste stesse attività presiedano ai fenomeni dell'accrescimento ed alla comparsa dei caratteri del sesso e precisando l'azione dei singoli gruppi di esse. Riconosciuta questa unità di causa quale eccitatrice e morforegolatrice dei vari aspetti della costituzione sia dal punto di vista somatico che fisio-psichico, rileva come è alla *costellazione endocrina individuale* ed in connessione con essa allo stato del sistema nervoso vegetativo, modificantesi nelle singole epoche dello sviluppo e nelle fasi della vita sessuale, che dobbiamo riferirci per comprendere le ectipie costituzionali della donna, non soltanto nell'aspetto morfologico e nel temperamento, ma anche nel tipo della funzione mestruale. Nella donna è infatti l'ovaio che predomina sulle altre ghiandole endocrine ed imprime il carattere della femminilità: le sue fasi di azione che culminano con l'iniziarsi della mestruazione e con il regredire di essa, sono quelle che meglio contraddistinguono gli speciali attributi biologici dell'essere femminile.

La terza nota è dedicata a *Pubertà e costituzione*. In essa l'A. dopo aver accennato ai principali fenomeni somatici e funzionali che caratterizzano l'età pubere nella giovinetta, esamina

le cause costituzionali più importanti che preparano lo sviluppo e possono influenzare il manifestarsi della crisi puberale. In primo luogo il linfatismo e l'adenoidismo, ai quali spesso va congiunto lo stato timico; l'eredità tubercolare e sifilitica, sia come espressione di uno stato tossico dell'organismo, sia per i reliquati di alterazioni strutturali e funzionali specialmente rilevabili a carico dell'apparato endocrino; le altre condizioni ambientali e contingenti che comunque esercitano influenza sui fenomeni della crescenza e sulla maturazione sessuale in ispecie.

Nella seconda parte del lavoro, fondandosi sullo studio di 40 giovinette nell'età pubere, esamina lo sviluppo in altezza e peso in rapporto al tipo morfologico costituzionale (metodo Viola) ed alle principali caratteristiche dall'aspetto endocrino delle pazienti; studia poi il discronismo ed il dismorfismo dei singoli attributi puberali, sempre in rapporto all'abito morfologico e simpatico-umorale dei soggetti, e viene alle seguenti conclusioni.

La mestruazione, considerata da un punto di vista generale, in relazione al complesso somatico e quale esplicazione dell'attività uteroovarica, segue in linea di massima le leggi che regolano il perfezionamento morfologico e funzionale dell'organismo umano. Nei tipi costituzionali iperevoluti, a ricambio torpido, a sistema vagotonico preponderante, ipervegetativi, nei quali cioè il sistema di nutrizione prevale di gran lunga su quello di relazione e che si riportano al *tipo megalosplancnico* del Viola esponente nell'età adulta di un'insufficiente evoluzione morfogenetica di contro ad un eccessivo sviluppo ponderale, la mestruazione, espressione da un lato dell'attività metabolica dei tessuti, dall'altro indice del grado di maturazione dell'organismo che consacra alla facoltà di procreare l'esuberanza di energie eccedenti i bisogni dell'equilibrio nutritivo, si presenta scarsa, ritardata, rallentata nel suo ritmo.

Nei tipi invece iperevoluti, *microsplancnici* del Viola, a sistema simpatico preponderante, le cui funzioni di nutrizione rimangono in difetto rispetto alla vita di relazione, la funzione mestruale si manifesta in accordo all'evoluzione del complesso somatico, di regola in anticipo, ad intervalli ravvicinati e più spesso abbondante. Non è che quando il parallelismo si sia per così dire stabilito tra evoluzione morfologica del soggetto ed il suo apparato genitale, tra sistema uterino ed attività ovarica, che l'equilibrio della funzione mestruale potrà dirsi raggiunto.

Il tipo mestruale nelle prime epoche del suo stabilirsi, nelle sue eccedenze e deficienze lievi (quelle in special modo considerate) ci appare perciò condizionato come gli altri attributi puberali a quelle stesse cause d'ordine ereditario o contingente che abbiamo detto sufficienti di per se stesse ad imprimere un proprio carattere alle singole fasi della crescenza, facendola allontanare dalla sua normale evoluzione.

Lo studio quindi delle disarmonie dello sviluppo nella loro etiopatogenesi ed in rapporto al complesso somatico ed umorale dell'organismo, anche se non sempre ci permette di stabilire le origini degli aspetti atipici della mestruazione (in pratica non è sempre possibile sceverare difetti riferibili a cause costituzionali da alterazioni locali per lo più esiti di processi infiammatori) allarga il nostro sguardo nell'interpretazione da dare al fenomeno facendolo considerare in relazione all'entità morfologica e dinamica dell'organismo.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. RONDONI. *Elementi di biochimica.* Torino, Unione tipografico-editrice torinese, 1925. 1019 pag. Una tavola a colori e 20 fig. nel testo.

È questo il primo libro italiano di biochimica, condotto con criterio rigorosamente scientifico ed insieme tenendo stretto conto dei bisogni della pratica medica. Il lavoro infatti è, come dice il sottotitolo, « con applicazioni alla patologia ed alla diagnostica »; e come tale si raccomanda non solo ai biologi ma anche e sopratutto ai medici, che vogliono allargare la loro preparazione e la loro capacità a vedere nel malato il problema naturale da risolvere.

Il Rondoni, che insegna patologia generale, ha infatti tenuto conto particolare di tutti quei problemi di chimica biologica che hanno attinenza alla clinica ed alla patologia. Così, mentre più sobria è la trattazione puramente chimica nella prima parte, ove vengono enumerate, descritte e raggruppate le sostanze che si trovano a comporre la trama dell'organismo ed i suoi umori, più estesa è la seconda parte, che studia le funzioni chimiche nell'organismo sano e sopratutto in quello ammalato. Sono così minutamente analizzati, come lo consente l'indole elementare del libro, i problemi del ricambio intermediario, ed in specie quelli delle malattie del ricambio; la composizione chimica del sangue con un interessante capitolo sulla chimica immunitaria ed uno sulla recente reazione di sedimentazione delle emazie; i processi delle ossidazioni intraorganiche, poco presi in considerazione finora dai patologi e dai medici ed in cui — pensa l'A. — deve trovarsi la spiegazione di tanti fenomeni morbosi o la via a procedimenti terapeutici.

Il libro è ricco di numerose tabelle e dati nu-

merici; e di citazioni bibliografiche recentissime; tanto che può essere consultato con frutto anche dallo studioso specializzato.

Esso contiene i principali metodi analitici; e precisamente quelli qualitativi sono descritti nel testo, a proposito delle singole sostanze o liquidi o tessuti ricordati; mentre i quantitativi sono raccolti opportunamente in una succosa appendice tecnica, che riporta specialmente i comodi e rapidi micrometodi della scuola americana, tanto utile nella pratica clinica.

Si può augurare al primo libro italiano di biochimica una meritata fortuna. A. LUSTIG.

LETULLE-PREVOST. *Diagnostics de Laboratoire. Méthodes usuelles appliquées au diagnostic des Malades.* Vol. in-8°, 168 fig., 12 tav. a colori. A. Maloine. Paris, 1925. Fr. 60.

Nei vari libri di laboratorio destinati ai pratici spesso mancano dettagli che indichino l'opportunità di certi metodi, l'interpretazione di alcuni risultati i quali non sempre hanno il medesimo valore.

Gli AA. hanno considerato in tale maniera il concetto « dei metodi di laboratorio utili per la diagnosi delle malattie ». Fin dall'inizio essi mostrano come i metodi differiscano di valore e questa differenziazione è di divisione generale al volume. Dopo brevi considerazioni sulle teorie e sulle varie tecniche, gli AA. passano in rassegna dapprima tutti i metodi diagnostici non specifici, quelli, cioè, che rivelano lesioni o vizi funzionali degli organi e parlano delle analisi chimiche, fisiche, istologiche dell'espettorato, del liquido cefalo-rachidiano, del sangue, delle urine.

In seguito trattano dei metodi specifici, vale a dire di quelli legati alla natura stessa della malattia, alla sua etiologia, ed allora gli AA. considerando il lato batteriologico, parassitologico del laboratorio, descrivono in dettaglio le nozioni indispensabili per la tecnica, i caratteri generali e particolari dei germi, ecc.

Malgrado l'ampiezza degli argomenti e il loro numero che fa di queste pagine un volume completo, gli AA. hanno saputo sbarazzarsi di tutto ciò che non interessa direttamente la pratica. Si sono posti nella condizione di coloro che, non avendo molta familiarità con tali questioni così diverse e pur tuttavia oggi indispensabili, si domandano quando deve essere fatta p. es. una sierodiagnosi, una emocoltura, e quale valore occorre assegnargli secondo i casi, secondo le circostanze, in cui il prodotto sospetto è stato esaminato.

Un notevole numero di figure originali sia a colori che in nero, aumentano il valore di questa opera. A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta dell'8 maggio 1925.

Un segno radioscopico d'insufficienza delle valvole polmonari.

Prof. C. PEZZI. — L'O., che ha già comunicato questo segno, in una nota presentata alla *Société Medicale des Hôpitaux de Paris* il 23 gennaio sc. in collaborazione con il dott. Silingardi, riporta un secondo caso in cui il segno in questione era manifesto. Si tratta di un giovane affetto da lesione mitralica reumatica con segni di insufficienza polmonare. All'esame radioscopico oltre alla tipica configurazione mitralica del cuore si nota una arteria polmonare fortemente dilatata e pulsante. Le onde ilari, specie a destra, sono intensamente scure e animate da battiti espansivi e di retrazione intensi. In una parola si nota una vera e propria danza dell'ilo. Ora si sa attualmente che le ombre ilari sono costituite dai vasi polmonari quindi la danza dell'ilo, analogamente a quanto si ha nell'insufficienza aortica con le danze delle carotidi, è l'espressione dell'insufficienza delle valvole polmonari.

Determinazione della punta del cuore sull'ortodiagramma.

Prof. C. PEZZI. — L'O. invece di identificare la posizione dell'apice cardiaco sull'ortodiagramma in posizione frontale, identificazione sempre difficile e arbitraria, determina la punta del cuore o meglio il passaggio del ventricolo sinistro al ventricolo destro marcato dall'*incisura cordis*, sull'ortodiagramma preso in posizione obliqua anteriore sinistra. In queste posizioni, infatti, in ispirazione profonda, il profilo del ventricolo sinistro è più nettamente visibile. Riporta poi questo profilo su quello ottenuto in frontale e può così fissare il punto corrispondente all'*incisura cordis*. La linea che unisce questo punto all'estremo superiore del ventricolo sinistro segue la direzione del setto interventricolare. La *saetta* tirata da questa linea sull'arco ventricolare misura il grado di ipertrofia del ventricolo sinistro. In questo modo tutto il ventricolo sinistro proiettato sullo schermo trovasi esattamente identificato.

L'autoemoterapia delle forme settiche chirurgiche.

Dott. GUARNERIO. — L'autoemoterapia venne sino ad ora sperimentata specialmente nelle forme cutanee e nelle malattie veneree. L'O. ha usato tale metodo nelle forme settiche chirurgiche, ossia: in 2 casi di foruncolosi, 3 casi di osteomielite, 2 flemmoni, 2 setticemia. I risultati ottenuti, sono degni di apprezzamento solo nelle foruncolosi, nulli nei rimanenti. Non si ottennero reazioni speciali da parte dell'organismo: nessuna intolleranza, nè crisi provocata dall'iniezione di sangue; solo transitoria leucopenia e lieve ipotensione. Prese in con-

siderazione le diverse e discordi ipotesi fatte dai varii AA. sul meccanismo d'azione dell'autoemoterapia, pur non escludendo che possa influenzare sui poteri generali di difesa dell'organismo, attribuisce i buoni risultati avuti solo nelle foruncolosi ad un'esaltazione dei poteri difensivi istogeni dei tessuti provocate dall'iniezione di sangue presso il focolaio settico. Comunque, per la mancata azione terapeutica negli altri casi, non può segnare una vera utilità pratica dell'autoemoterapia nelle forme settiche chirurgiche.

Considerazioni cliniche sopra un caso di tumore (sarcoma) polmonare.

Dott. A. CECCHINI. — L'O. riferisce la storia clinica di un caso di sarcoma polmonare, notevole per singolarità di decorso.

Le principali caratteristiche messe in rilievo dal reperto fisico-clinico e documentate da radiografie in serie e da preparati istologici, furono le seguenti:

1) Inizio lento e subdolo simulante la tubercolosi polmonare.

2) Periodo di stato con elevazioni termiche a tipo suppurativo e con tutte le caratteristiche di una raccolta purulenta polmonare.

3) Reazione di Weinberg-Parvu (deviazione del complemento per l'echinococco) positiva che unitamente agli altri dati e alle caratteristiche radiologiche indusse a interpretare la raccolta come una cisti suppurativa.

4) Svuotamento chirurgico della raccolta con notevole e rapido miglioramento sino a simulare la guarigione clinica.

5) Dimostrazione anatomo-patologica (istologica) di sarcoma a piccole cellule. SCARLINI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 26 giugno 1925.

Presidenza: Prof. D. BARDUZZI, presidente.

Reazioni intradermiche e primi tentativi d'immunizzazione attiva con l'anatossina difterica.

Prof. M. PINCHERLE e Dott. C. BAGNACCI. — La immunizzazione a mezzo dell'anatossina ha dato loro ottimi risultati, poichè 19 b. trattati sono risultati dopo due mesi immunizzati, immunizzazione controllata con ripetute Schick tutte nettamente negative.

Si è seguita la tecnica seguente: prima iniezione con 1/3 di cmc. di anatossina; poi 1/2 e 1 cmc.; intervallo tra le iniezioni dai 20 ai 30 giorni.

Inutile dire che fu sempre fatta precedere la reazione di Schick, inoculando i soli soggetti a Schick positiva

In un solo caso di difterite grave a molteplici localizzazioni, nasale, faringea e laringea, facendo susseguire alla immunizzazione passiva quella attiva con l'anatossina, si ebbe una perfetta guarigione della forma morbosa senza reliquati tardivi di paralisi, raggiungendo un contenuto antitossico di 0,7 per cmc. di siero sanguigno.

Osservazioni preliminari su alcune indagini sperimentali e sierologiche concernenti il virus dell'Herpes zoster e della varicella.

Prof. PINCHERLE e dott. VEGNI. — Gli OO. riferiscono alcune indagini condotte con il contenuto delle vescicole dello zona e della varicella per tentare la trasmissibilità della malattia in animali di laboratorio — coniglio e cavia, — a mezzo di iniezioni corneali ed endocerebrali.

Si riservano di formulare conclusioni nette, avendo per adesso preso in esame un troppo esiguo numero di malati e non avendo potuto finora sperimentare con casi di zona precisamente riferibili al virus varicelloso dal punto di vista clinico-epidemiologico.

Prof. M. PINCHERLE. — *Esperimenti di orientamento e primi risultati sulla alimentazione delle larve di anfibio con vari latti.*

Emoistioblasti e loro derivati linfocitici nel sangue in un caso di avitaminosi infantile.

Dott.ª SILVIA GANDOLFO. — Nel sangue di un bambino affetto da cherato malacia da avitaminosi infantile, l'O. ha riscontrato la presenza di elementi cellulari appartenenti alla categoria degli emoistioblasti.

L'O. si limita per ora a rilevare la coincidenza di questo particolare reperto ematico con le avitaminosi nell'infanzia, senza potersi pronunciare nel senso che esista, fra questo processo morboso e la reazione leucemoide descritta, un nesso di causalità.

Studio clinico di un caso di Leishmaniosi infantile, con speciale riferimento ai reperti istopatologici.

Dott. PIERO BARBACCI. — Il caso è stato osservato a Siena, ma proveniva dal Principato di Monaco. Decorso clinico protratto, complicato in ultimo da fenomeni pleuro-polmonari.

L'esame isto-patologico ha fatto rilevare: stasi del sistema venoso portale e simpatico e qualche accenno a degenerazione grassa e a fatti di atrofia da compressione nel fegato, dove numerosi sono i parassiti contenuti nelle cellule del Kupfer e nei grandi macrofagi.

Nelle ghiandole linfatiche edema e riposo dei centri germinativi: i parassiti si trovano negli elementi del reticolo.

Nel midollo osseo funzione attiva con prevalenza di elementi eosinofili, i parassiti sono solo negli elementi del reticolo, ma scarsi.

Nella milza scarso sviluppo dell'apparato follicolare; quasi abolita la funzione linfopoietica. Nella polpa diminuzione fino alla scomparsa delle cellule midollari, dilatazione delle lacune vascolari fino a formazione di laghi sanguigni: lieve ispessimento del reticolo connettivale. Qua e là qualche infarto jalino. Rari i parassiti che si vedono nelle cellule del reticolo, dell'apparato follicolare, della polpa. Nulla di notevole negli altri organi e tessuti.

Concludendo le alterazioni più notevoli si riscontrano negli organi ematopoietici.

Note preliminari allo studio delle adenopatie tracheobronchiali luetiche infantili.

Dott. UGO TROPEA-MANDALARI. — Si presenta lo studio di cinque casi tipici, di cui due appartenenti alla Clinica Ostetrica, in cui si ebbe R. W. fortemente positiva, cutireazione del Pirquet negativa per tre volte, adenopatie tracheobronchiali diagnosticabili semeiologicamente e con reperto radioscopico netto, di cui si esibisce esemplare.

Come prima affermazione di queste ricerche ammettiamo che le adenopatie tracheobronchiali infantili, oltre che di natura tubercolare possono anche — sebbene più di rado — essere riferite alla eredo-lue.

Sul valore da assegnarsi alla reazione di flocculazione per la diagnosi di tubercolosi.

Dott. REMO VEGNI. — La tecnica seguìta per dette reazioni fu quella indicata dalla Bonacorsi.

Furono presi in esame 150 sieri di sangue sia di soggetti malati di tubercolosi sia di altre forme morbose. Contemporaneamente fu eseguita la deviazione del complemento di Besredka.

Inoltre furono eseguite ricerche di controllo al metodo per la diagnosi sierologica per mezzo degli animali, proposto dalla Bonacorsi stessa.

Per i risultati ottenuti si può concludere che dobbiamo essere prudenti nel formulare diagnosi di tubercolosi per via sierologica.

La immunoterapia nella cura delle ulcere settiche della cornea ed osservazioni cliniche sul preparato immunoterapico « Stomosine ».

Dott. ALESSANDRO ALIQUÒ-MAZZEI. — L'O. giunge alle seguenti conclusioni: 1) La terapia stomosinica influisce scarsamente sull'affezione concomitante del sacco lacrimale, riducendo talora la secrezione ma non riuscendo in nessun caso a farla cessare del tutto, ragione per cui si rende necessaria l'estirpazione del sacco.

2) La terapia stomosinica induce un miglioramento dello stato generale, consistente in una diminuzione del dolore locale ed in un senso di sollievo, di benessere generale; in molti casi essa produce indubbiamente un miglioramento della sintomatologia locale ed un rallentamento, se non l'arresto, del processo distruttivo della cornea, anche quando tutti gli altri mezzi terapeutici sono rimasti inattivi.

La stomoterapia non può nè deve costituire l'unico mezzo di cura delle ulcere infette della cornea, ma può essere considerata come un utile ausilio terapeutico da associarsi sempre in ogni caso ad un energico trattamento locale.

Le piastrine del sangue negli avvelenamenti cronici da acetato di piombo, acido arsenioso e bicloruro di mercurio.

Dott. STEFANO MARRADI FABRONI. — Da ricerche sistematiche condotte su conigli è risultato che:

1) Negli avvelenamenti cronici da acetato di piombo, acido arsenioso, bicloruro di mercurio, si ha aumento costante delle piastrine nel decorso della intossicazione, specialmente nell'avvelenamento da acido arsenioso in cui le piastrine aumentano fino a raggiungere il doppio.

2) Le P. tendono a tornare al numero di origine se si sospende per alcun tempo l'avvelenamento.

3) L'aumento delle P. si ripresenta anche ripetendo l'avvelenamento dopo una interruzione, con le stesse modalità.

In due casi di anemia perniciosa criptogenetica l'O. ha ottenuto buoni resultati terapeutici col trattamento arsenobenzolico a piccole dosi, per quanto i casi trattati non fossero stati a sfondo luetico.

Osservazioni cliniche su un nuovo metodo di trattamento delle affezioni stafilococciche. — « Piosol Sclavo ».

Dott. G. A. CHIURCO. — Il dott. Sclavo che unitamente all'O. si occupa della questione sperimentale, ha preparato all'Istituto Sieroterapico Toscano un vaccino solubile polivalente antipiogeno per la cura locale delle forme suppurate.

Viene preparato con tecnica speciale, impiegando numerosissimi stipidi di piogeni e particolarmente di stafilococchi e di streptococchi, isolate da casi gravi di infezioni causate da questi germi.

L'O., nella Clinica chirurgica di Siena, ha sperimentato su un certo numero di malati tale vaccino con esito.

Il dolore, la temperatura, l'infiammazione, l'infiltrazione e la secrezione cedono regolarmente all'applicazione del vaccino e se in qualche caso non si hanno risultati soddisfacenti, si tratta sempre di associazioni con altri germi.

S. A.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Sedute del 7 e 8 luglio 1925.

Presidenza: prof. L. DOMINICI, vice-pres.

Prof. L. TOMMASI. — *Un caso di morbo di Bowen.*

Fibroangiomi multipli sistematizzati.

Prof. L. TOMMASI. — L'O. presenta alla Società due ammalati ed illustra i casi clinici diffusamente, servendosi anche di preparati istologici molto dimostrativi, ottenuti per biopsia.

Alla discussione prendono parte i soci MARRASSINI e SOTTI.

Endotelioma della vena cubitale.

Dott. G. MARCIALIS. — L'O. descrive con dimostrazione di preparati istologici un caso rarissimo (il secondo della letteratura oncologica dopo quello di Unruh) di endotelioma primitivo della vena

cubitale e la cui importanza è legata al fatto ben noto che estremamente rare sono le formazioni provenienti dall'endotelio dei grossi tronchi vasali, specialmente venosi; dà le indicazioni operative.

La R. novocaino formalinica di Costa nella sifilide, in alcune malattie veneree ed in alcune dermatosi.

Dott. G. PERANTONI SATTA. — L'O. riferisce su una modificazione di tecnica apportata al metodo originale del Costa per avere un dosaggio esatto delle goccie di sangue prelevato e conclude: che la R. C. sembra essere legata a quasi tutti gli stati patologici che dipendono od interessano lo stato della crasi sanguigna (tigne, sifilidi asintomatiche con R. sierologiche +), ma soprattutto alle malattie più o meno acute; che nella sifilide non vi è nessuna possibilità di adoperare la R. C. a scopo diagnostico, ma solo potrebbe servire di appoggio nello studio della curva sierologica nel corso della cura, sebbene sia negativa nei sani e nelle dermatosi localizzate.

Encefalite epidemica a localizzazione midollare.

Dott. P. OTTONELLO. — Illustra un caso di encefalite epidemica (seguito fin dal quinto giorno di malattia) nel quale, durante il periodo iniziale, si è stabilita rapidamente una paralisi a tipo periferico dei due arti superiori e dell'arto inferiore destro.

L'assenza di dolori spontanei ed alla pressione dei tronchi nervosi, la mancanza assoluta di disturbi di senso, la distribuzione della paralisi atrofica inducono l'O. ad ammettere una localizzazione del virus encefalitico nei corni anteriori della colonna grigia midollare.

La criscopia degli organi nella morte per annegamento.

Prof. G. BRANDINO. — L'O. ha esteso il classico metodo del Carrara alla crioscopia degli organi, nella diagnostica della morte per annegamento.

Da tutte le ricerche è risultato:

che la crioscopia del tessuto miocardico, praticata separatamente sulle due metà del cuore, offre criteri molto utili nella diagnostica della morte per annegamento;

che essa ha il vantaggio di poter essere applicata in tutti i casi nei quali le cavità cardiache non contengono sangue;

che è sfruttabile in limiti di tempo maggiori, di quella ematica, in quanto il processo putrefattivo attacca il muscolo cardiaco più tardi che non il sangue;

che il tessuto polmonare presenta anche esso differenze notevoli;

che la crioscopia del rene può considerarsi quale elemento sussidiario fino alle 15 ore;

che nessun dato utile invece si ottiene dal fegato, dal cervello e dai muscoli.

Su alcune questioni inerenti alla terapia bismutica della neurosifilide tardiva.

Prof. G. C. RIQUIER. — Sono stati esaminati i liquidi di 19 soggetti (17 malati e 2 sani) ottenendo risultati che permettono di affermare: che il Bi. può passare nel liquido anche quando — con gli odierni mezzi di laboratorio — non sia possibile dimostrare una evidente alterazione meningea; che le meningi alterate possono essere impermeabili al Bi. (reperto negativo nel liquor di un tabetico che aveva ricevuto complessivamente gr. 3,24 di Trepol); che il passaggio sembra avvenire soltanto dopo somministrazione endomuscolare di quantità globali piuttosto notevoli di medicamento; che la quantità di Bi. rintracciata — anche volendo tener conto della piccola quantità di liquor adoperata per la ricerca — è sempre piccolissima.

Conseguentemente l'O. ha proceduto alla introduzione — già da lui proposta ed attuata insieme al Tronconi — di sospensioni oleose di Trépol direttamente nello speco dei pazienti col preciso intento — evitando la barriera meningea — di portare a contatto dei microrganismi del liquor e degli elementi nervosi il medicamento non modificato nella sua azione.

Secondo l'O. la sospensione oleosa di Trépol nel cavo rachideo può arrivare facilmente ai ventricoli. Dosi abbastanza forti di medicamento sono ben tollerate dai pazienti. La eliminazione del Bi. attraverso le urine avviene lentamente (Bi. ancora rintracciabile 30 giorni dopo la iniezione).

Dott. P. OTTONELLO. — *Sindrome di compressione parziale del nervo mediano da aneurismo dell'a. omerale.*

Xantocromia e coagulazione spontanea del liquido cefalo-rachidiano.

Prof. G. C. RIQUIER. — In un caso di spondilite tubercolare determinante una sindrome neurologica ma esclusivamente radicolare l'O. ha osservato: xantocromia, iperalbuminosi (21 ‰) rapida coagulazione spontanea massiva, scarsissima reazione cellulare.

Il liquor man mano che veniva estratto assumeva un colorito giallo sempre meno intenso e diventava poi affatto incolore; questa constatazione porterebbe ad escludere l'esistenza di una sinfisi meningea completa, cioè di una cavità chiusa.

In un altro caso (morbo di Pott neurologico) con evidenti fenomeni di compressione midollare fu dimostrata xantocromia, iperalbuminosi (12 %), coagulazione tardiva e parziale, modestissima reazione cellulare e non fu possibile, anche mediante aspirazione, estrarre dallo speco più di una modesta quantità di liquor.

In questo caso l'esistenza di una cavità chiusa sembrò molto probabile.

Dott. P. DELITALA. — «*Sull'istogenesi dei tumori epiteliali a grosse cellule del testicolo*».

G. MACCIOTTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Fattore oculare nella cefalea.

Circa il 75 % dei casi di cefalea sono dovuti a disturbi oculari. La cefalea oculare è sempre bilaterale, mentre un'emicrania non è mai dipendente da turbe dell'apparato visivo, almeno che non si tratti di glaucoma in cui si ha invece emicrania.

Dillard (*Virginia med. Monthly*, novembre 1924) afferma essere di grande importanza, nello studio della cefalea oculare, la sua localizzazione, il suo carattere, l'ora di comparsa, la dipendenza dell'uso e abuso della funzione visiva, ecc.

Le cause che possono determinare le cefalee oculari sono:

a) vizi di refrazione o astenopia;
b) affezioni congiuntivali croniche;
c) iriti e cheratiti;
d) glaucoma.

Generalmente al tipo di refrazione corrisponde una sede tipica del dolore e così nell'ipermetropia il dolore è frontale o sopraorbitale, nell'astigmatismo è temporale bilaterale, nel disquilibrio dei muscoli motori oculari è occipitale. Se la cefalea ha più localizzazioni è d'uopo pensare ad una combinazione di visi refrattivi.

Il carattere della cefalea dovuta ad astenopia è peculiare; ordinariamente è ottuso e terebrante.

Quasi sempre la cefalea s'inizia o aumenta verso sera; questo accade in genere a chi lavora in ambienti chiusi, il che costituisce un importante sintomo differenziale.

Le cefalee dovute a disturbi del naso, o dei seni accessori possono simulare maggiormente quelle dovute a sintomi refrattivi: il criterio differenziale è dato dal fatto che le prime sono più forti al mattino e diminuiscono durante la giornata.

Alcune volte la cefalea fa sospettare essere dipendente da astenopia, ma l'esame oculistico non rivela alcun vizio refrattivo, ed allora si riscontra una congiuntivite granulosa, che con l'opportuno trattamento in breve migliora.

Adunque in ogni caso di emicrania persistente, inesplicabile e inguaribile è sempre opportuno far praticare un esame oculistico completo per una esatta diagnosi e conseguente cura.

A. POZZI.

L'epilessia traumatica tardiva.

I casi di epilessia traumatica tardiva appartengono alle rarità cliniche, ma sono ben lungi dall'essere eccezionali, specialmente dopo la recente guerra.

Molin de Teyssieu (*Pratique médicale* e *Paris médical*, 30 maggio 1925) dimostra che non si può stabilire nessun intervallo preciso fra il trauma e la comparsa dei fenomeni di epilessia; tutte le varietà di traumatismi cerebrali, qualunque ne sia la sede, possono dar luogo a tale evenienza. Queste forme tardive sono subito generalizzate e sono funzione di lesioni microscopiche diffuse inaccessibili al trattamento chirurgico. Ogni decisione medico-legale relativa ad un trauma cranio-cerebrale deve quindi fare intieramente riserva dei diritti del ferito in relazione ad accidenti epilettici che possono sopravvenire entro qualsiasi spazio di tempo.

fil.

La puntura lombare.

Questo metodo così utile per l'anestesia, per l'introduzione di medicamenti, per la diagnosi può talvolta provocare disturbi che impressionano il medico ed il malato. Di solito, il primo giorno dopo la puntura lombare passa senza alcun inconveniente perchè il malato rimane a letto e con la testa bassa. Ma l'indomani, se questi tenta di alzarsi, è preso da vertigini e non può stare in piedi; sopravvengono poi la cefalea ed i vomiti, manifestazioni che talora si hanno anche in malati che sono rimasti tranquillamente in letto.

In generale i malati affetti da lesioni cerebrali non hanno disturbi per la puntura, anzi alcuni ne risentono un vero sollievo e sono proprio quelli nei quali la puntura lombare si pratica per l'effetto decompressivo. Si deve quindi ritenere che i malati in cui il *liquor* viene fuori con pressione, a getto, sono quelli che hanno le minori probabilità di risentire disturbi.

Invece i pazienti con ipotensione del *liquor*, quelli in cui questo fuoriesce goccia a goccia o deve essere aspirato per mezzo di una siringa presentano il più spesso gli accennati disturbi e ad un grado tanto più elevato per quanto maggiore è l'ipotensione. Non si può dire che i disturbi siano in rapporto con la quantità di liquido estratta poichè se ne sono veduti sopravvenire di violentissimi anche dopo l'estrazione di minime quantità.

È invece probabile che essi siano da attribuirsi al liquido che continua ad uscire dal piccolo pertugio meningeo che rimane beante, soprattutto perchè il tessuto meningeo manca di elasticità. Prima precauzione quindi per evitare i detti disturbi è quella di usare un ago assai fine, di fare il minor numero possibile di tentativi per l'estrazione e specialmente di non usare mai la siringa.

A puntura finita, J. Konings (*Le Scalpel*, 18 aprile 1925) consiglia di fare massaggi della regione dove si è fatta la puntura, in modo da spostare i tessuti sottogiacenti e chiudere per sovrapposizione le labbra della ferita. È poi bene far mettere il malato in posizione genupettorale, con le natiche rialzate tenendovele per una diecina di minuti, in modo che la linfa e la fibrina formino un coagulo davanti al pertugio meningeo. Sarà inoltre consigliabile di far stare il malato in posizione prona per 24 ore e di fargli tenere la testa in basso mettendo eventualmente due mattoni sotto i piedi del letto.

Con queste semplici precauzioni si eviteranno i disturbi e si potrà ricorrere senza timore a questo utile intervento.

fil.

Sul valore della reazione del triptofano nel liquor nella diagnosi di meningite tbc.

Moretti (*Pensiero Medico*, 10 luglio 1925) ha eseguito in 16 casi di meningite tubercolare (tutti conclamati e parecchi seguiti da autopsia) e in 60 casi di forme nervose varie, la reazione del Triptofano nel liquor, fatta nota recentemente dall'Ayello come atta a facilitare la diagnosi di meningite tbc. Con tale reazione si mette in evidenza nel liquor un particolare amino-acido, il triptofano, prodotto di scissione dell'albumina nel liquido.

Nei casi studiati dall'A. la reazione fu presente in modo indubbio, sebbene con varia intensità, in 13, e precisamente in 6 casi sopra 8 di periencefalite e in 3 su 6 di tabe dorsale, nonchè in 2 casi su 13 di sifilide dell'asse cerebro-spinale.

Inoltre fu positivissima in un caso di sindrome di Froin in un tumore extramidollare controllato all'autopsia.

Dalla disamina quindi della statistica sembra fortemente infirmata la *proprietà specifica* di detta reazione, mentre ad essa rimane il valore di svelare l'aumento della fibrina e delle globuline sul liquido c. r.

Pertanto a questa stregua deve essere considerata nella valutazione della sua importanza diagnostica.

A. POZZI.

TERAPIA.

Il trattamento dell'angina di Vincent con le applicazioni locali di bismuto.

P. Laurens (*Journal des praticiens*, 21 marzo 1925) consiglia: due volte al giorno gargarismo puramente detersivo con acqua bollita calda e, subito dopo, applicazione di polvere di sottonitrato di bismuto, mediante un tampone di cotone leggermente umido e caricato con la polvere di cui facilmente si può coprire la superficie ulcerata. Il paziente dovrà evitare di deglutire per qualche momento. Dopo una settimana di questo trattamento, l'A. ha veduto la scomparsa di ogni ulcerazione e delle pseudomembrane.

Questo metodo di cura presenta sugli arsenobenzoli il vantaggio di poter essere applicato parecchie volte al giorno senza timore di intossicazione e di evitare la sensazione di inquietudine che crea nell'ammalato l'uso degli arsenobenzoli che vengono ritenuti soltanto rimedi antisifilitici.

fil.

Le cure postoperatorie nelle vegetazioni adenoidi.

I sintomi che si riscontrano più frequentemente nelle vegetazioni adenoidi sono il russare (58 %), il catarro delle vie respiratorie superiori (46 %), i disturbi uditivi (43 %), lo stridore dei denti (33 %), la disattenzione (28,2 %) e l'incontinenza di urina (22,3 %).

Con l'asportazione delle adenoidi scompare il catarro, ma spesso il russare ed il rimanere con la bocca aperta permangono, ciò che talvolta fa ritenere che l'operazione sia stata fatta non compiutamente. L. Beco (*Liège médical* e *Scalpel*, 24 gennaio 1925) fa invece rilevare che l'operazione chirurgica non è che una metà dell'intervento, che deve essere completato con una indispensabile ginnastica respiratoria. Tutti gli specialisti sono d'accordo su questo punto, ma ben pochi operati sono oggetto delle cure necessarie da parte di una persona competente.

Il miglioramento dello stato intellettuale e l'incontinenza notturna di urina sono due sintomi di cui si deve esattamente valutare la patologia, in quanto che non sempre scompaiono dopo l'intervento per delle cause estranee. È quindi necessario che l'operato per adenoidi riceva delle cure postoperatorie che lo mettano in grado di ricuperare lo stato normale.

L'A. richiama anche l'attenzione sulla frequenza con cui si trova il sintomo dello stridore dei denti in questa malattia, mentre esso è eccezionale in altri stati.

fil.

Nell'otite media acuta suppurata.

È l'ascesso della cassa: otalgia violenta con febbre, sordità, battiti, ronzii, insonnia; nel bambino sono frequenti i fenomeni meningitici. Il padiglione è indoloro, il solco retroauricolare persiste; la membrana del timpano è iperemica e convessa.

Si deve sempre incominciare col trattamento medico che, secondo De Parrel (*Journal des praticiens*, 21 marzo 1925) va condotto come segue:

a) Instillazioni nel condotto uditivo, mattina e

sera, di questa miscela, leggermente scaldata a bagnomaria:

Acido fenico nevoso cg. 30.
Cloridrato di cocaina cg. 40.
Cloridrato di morfina cg. 5.
Glicerina neutra g. 15.

b) Applicazioni sulla mastoide di cataplasmi di farina di seme di lino, ogni due ore. Cotone secco sulle orecchie e fasciatura della testa.

c) Disinfezione del naso-faringe con gargarismi di resorcina a g. 2.50 per 300 cmc. di acqua bollita. Polverizzazioni nasali di eucaliptol e resorcina, ana cg. 30 in 30 g. di olio vegetale. Introduzione di pomata nasale composta con gomenol e resorcina ana cg. 30 in 30 g. di vaselina.

d) Riposo in stanza, bevande acquose e, nell'adulto, pozione oppiacea.

Nel bambino, sostituire la glicerina fenicata, troppo irritante, con olio di vaselina prima della perforazione e con l'acqua ossigenata boratata dopo; usare invece della pomata una soluzione di collargolo a 1/100, introducendone IV-V gocce in ogni narice, o, meglio, facendone polverizzazioni. Se le condizioni non migliorano far praticare la paracentesi del timpano. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla cultura pura del germe del tifo esantematico.

S. Kusama, S. Yothioka e R. Audo (*The Jap. med. World*, 15 dic. 1924), seminando in brodo-ascite frammenti di rene di scimmie giapponesi infettate col virus del tifo esantematico, sono riusciti a coltivare un germe assai simile alla *Rikettsia Prowazeki*: consta come questa di una zona centrale che assume col Giemsa il colore della cromatina, e di una zona periferica che assume un colore bluastro. È però grande il doppio (μ 0.9-1.8) ed è gramresistente, al contrario della Rikettsia. Questo germe vive una diecina di giorni in cultura, e si può riseminare, ma si modifica alquanto nei suoi caratteri.

Il germe cresce anche su altri terreni: agar-sangue, agar-comune, agar-glucosato, patata, gelatina. È aerobio, immobile. Resiste mezz'ora a 55° e cinque giorni al disseccamento.

Il germe è patogeno per le scimmie, con un quadro nosologico e anatomo-patologico simile al tifo esantematico: è patogeno anche per le cavie.

Sembra che gli animali infettati col germe in questione abbiano dimostrato una certa resistenza contro il virus del tifo esantematico. Il germe non è agglutinato dall'immunsiero pel Proteus X 19; esso provoca la formazione di scarsi anticorpi.

DORIA.

Presenza del bacillo del tifo nel peritoneo in una colecistite tifosa non perforata.

Costa e Boyer (*Soc. de biol.*, genn. 1925) riferiscono il seguente caso:

In una bambina di 6 anni nel 2° settenario d'una infezione tifoide diagnosticata con la sieroagglutinazione, si manifestò una tumefazione della regione epatica con ingrandimento dell'area fino a due dita sotto l'ombelico con resistenza della metà d. della parete addominale, subittero, albuminuria, polso 130.

All'intervento appena aperto il peritoneo si ebbe fuoruscita di liquido chiaro, giallo-bruno, che fu prelevato asetticamente. La cistifellea era ingrossata (della grandezza d'una grossa arancia), distesa, senza alcuna perforazione. Fu fatta una colecistostomia ed aperta la cistifellea fuoruscì della bile con pus. Anche di questa fu fatto un prelevamento asettico.

L'esame microscopico del versamento peritoneale diede presenza di leucociti polinucleari e di cellule piatte. Con la cultura si ebbe il bacillo del tifo in cultura pura d'ambedue i prelevamenti. Si trattava così di una peritonite tifosa nel corso di una colecistite acuta senza perforazione.

Non possono precisare se si tratta di una propagazione dalla parete porosa della cistifellea o di una localizzazione peritoneale della setticemia.

BR.

VARIA.

Densità demografiche.

La densità demografica dell'Italia è di 125 abitanti per Kmq. di superfice; essa supera quella dei seguenti Stati: Germania 120, Ungheria 105, Polonia 104, Czecoslovacchia 97, Svizzera 91, Indie inglesi 87, Cina 78, Austria 76, Francia 74.8, Danimarca 73, Portogallo 67, Jugoslavia 60, Spagna 47, Grecia 40, Guatemala 19, Tunisia 16, Siam 14.6, Stati Uniti 13.4, Egitto 13.4, Turchia 13.3, Afganistan 10.8, Algeria 9.8, Marocco 9.6, Abissinia (Etiopia) 9, Norvegia 8.2, Messico 8, Uruguay 7.6, Equador 6.6, Persia 6, Cile 5.3, Colombia 4.5, Paraguay 4, Brasile 3.2, Venezuela 3, Bolivia 2.9, Argentina 2.8, Canadà 0.9, Australia 0.7. È superata solo da quattro Stati: Inghilterra 144, Giappone 147, Olanda 198 e Belgio 257, nonchè da alcune colonie: Antille 187, Maurizio 191, Hong-Kong 502.

Dati lo scarso sviluppo industriale (legato a deficienza di materie prime), la relativa povertà del suolo, in gran parte montuoso, e la mancanza di colonie produttive, la nostra pressione demografica risulta, certo, esuberante malgrado la proverbiale sobrietà del popolo italiano che, come dicono gl'inglesi, si nutre a « mezze porzioni ».

Le principali città d'Italia.

I dati statistici concernenti la popolazione dei Comuni *capoluoghi di regione*, al 30 giugno 1925, segnano tutti un aumento nei confronti del censimento ultimo e danno le cifre seguenti:

Milano 862,265; Napoli 794,350; Roma 746,783; Torino 510,168; Palermo 420,200; Genova 332,419; Firenze 268,121; Trieste 246,537; Bologna 218,996; Venezia 201,635; Bari 144,650; Perugia 75,113; Ancona 69,669; Cagliari 65,212; Cosenza 32,697; Potenza 19,270.

Rapporto tra medici e popolazione.

Secondo la « Schweizerische Klin. Wochens. », negli Stati Uniti v'è un medico ogni 726 abitanti (questo rapporto era di 1: 576 nel 1860); nella Svizzera ve n'è 1 ogni 1290 abitanti (nel 1910 ogni 1502 abitanti); nel Giappone ve n'è 1 ogni 1359 abitanti, in Germania ogni 1500, nella Svezia ogni 3500.

Il numero dei medici missionari.

Secondo il « China Medical Journal », nelle « terre dell'ovest » vi sono 1157 medici diplomati che esplicano la loro attività nelle missioni; tra essi vi sono 356 donne; a questo numero sono da aggiungere 612 medici diplomati indigeni. Gli ausiliarî ospedalieri sono in numero di 1007 stranieri e 5458 indigeni; tra gl'indigeni 2861 sono donne. Gli ospedali delle missioni raggiungono il numero di 858, con 1686 dispensari e 31,264 letti. Il massimo numero di opere missionarie si ha in Cina; l'India viene dopo. Così il *Journal A. M. A.* (6 giugno 1925).

I medici stranieri nella Czecoslovacchia.

In linea eccezionale è stato consentito a qualche eminente specialista straniero di esercitare nella Czecoslovacchia per un tempo limitato; di regola però i medici stranieri devono essere naturalizzati e il loro diploma dev'essere riconosciuto da una università nazionale: all'uopo occorre che il diploma sia stato rilasciato da una università di prim'ordine, di più sostenere un esame e infine frequentare l'Università nazionale per una o due sessioni.

(*Journ. A. M. A.*, 6 giugno 1925).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BAJLA EUGENIO. *I parti plurimi nei periodi precedenti e susseguenti alla guerra in Milano.* — Milano, A. Tordani, 1924.

BARRAQUER ROVIRALTA LUIS. *Un cas de distrophie adipeuse juvenile.* — Madrid, Talleres Poligraficos, 1924.

BERTOLANI ALDO. *Per la profilassi del gozzo e del cretinismo.* — Reggio Emilia, Coop. Lavoranti Tipografi, 1924.

BLÜHDORN K. und VÖLCKERS H. — *Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Krankheiten des Säuglings- und Kdeinkindesalters.* — Berlin, Urban and Schwarzenberg, 1924.

BOLSI DINO. *La sindrome psicopatica dei fanciulli e degli adolescenti da encefalite epidemica.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1924.

ID. *La cachessia ipofisaria.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1924.

BRAVETTA EUGENIO. *La reazione di Spatz nella paralisi progressiva e il suo significato diagnostico e biologico.* — Pesaro, G. Federici, 1924.

BRUSCHETTINI A. *La vaccinoterapia nelle infezioni da piogeni.* — Milano, Medicina Italiana, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Regolamento per l'igiene negli alberghi.

La Gazzetta Ufficiale *del 9 luglio, n. 1383, ha pubblicato il R. D. 24 maggio 1925, n. 1102, che qui riportiamo integralmente.*

Art. 1. — L'ente nazionale per le industrie turistiche, nel promuovere o incoraggiare con premi, sovvenzioni o altro ausilio, iniziative intese a dotare di alberghi luoghi che ne siano privi o che non siano provvisti solo in modo inadeguato ai bisogni del turismo, avrà cura, presi gli opportuni accordi col medico provinciale, che sia data la preferenza a quelle atte a conseguire meglio le finalità igieniche a cui intendono le disposizioni del presente regolamento.

Lo stesso criterio di preferenze sarà osservato dai comuni nel concedere agli effetti dell'art. 8 del decreto reale 12 ottobre 1919, n. 2099, esenzione dalle tasse locali per gli edifici di nuova costruzione destinati ad uso di albergo.

Art. 2. — Indipendentemente dall'autorizzazione prescritta dall'articolo 60 della legge sulla pubblica sicurezza, e da quanto è prescritto ai fini dell'edilizia, per l'apertura di alberghi, occorrerà ai fini igienico-sanitari, anche l'autorizzazione del sindaco, da concedere su parere favorevole dell'ufficiale sanitario.

Per ottenere la prescritta autorizzazione i richiedenti trasmetteranno al sindaco il progetto sia delle nuove costruzioni, sia delle trasformazioni di locali ad uso di albergo.

Anche quando non si debba eseguire alcuna trasformazione di locali sarà trasmessa al sindaco la pianta di tutti i locali da occupare.

Contro il rifiuto di autorizzazione da parte del sindaco è dato ricorso al prefetto, che decide sentito il medico provinciale.

La decisione del prefetto è provvedimento definitivo.

Chi eserciterà l'industria alberghiera non ostante il rifiuto della prescritta autorizzazione, sarà punito a termini dell'art. 451, comma secondo del codice penale.

Art. 3. — Gli alberghi dovranno essere situati preferibilmente nei siti salubri.

Il sindaco, su proposta dell'ufficiale sanitario o dell'ente nazionale per le industrie turistiche, potrà ordinare la chiusura di quegli alberghi, i quali per la ubicazione, oppure per le condizioni intrinseche dei locali o delle loro dipendenze e relativi impianti ed arredamenti siano giudicati insalubri, qualora l'esercente non possa o non voglia eseguire i lavori necessari per rimuovere le cause di insalubrità.

Contro l'ordinanza che prescrive la chiusura oppure i lavori di risanamento ritenuti indispensabili, è dato ricorso al prefetto che decide, sentito il medico provinciale.

La decisione del prefetto è provvedimento definitivo.

Quando un albergo si trovi posto in zona malarica, e non sia opportuno, per ragioni di pubblico interesse, ordinarne la chiusura, dovranno adottarsi per esso, secondo le prescrizioni da darsi dall'ufficiale sanitario, misure efficaci di difesa antianofelica (protezione meccanica alle porte e finestre mercè applicazioni di reticelle, distruzione delle zanzare negli ambienti, ecc.) è di piccola bonifica antimalarica nell'àmbito del fabbricato e nelle sue dipendenze.

Art. 4. — Negli alberghi di nuova costruzione le camere da letto dovranno avere una cubatura di almeno 30 metri cubi a persona. Tutti gli ambienti abitati e gli altri che abbiano una superficie di pavimento superiore ai 4 metri quadrati dovranno avere luce diretta e le finestre dovranno avere una superficie libera sufficiente ad assicurare una buona aereazione.

I pavimenti dovranno essere costruiti con materiale impermeabile; è, tuttavia, consentito l'usc di pavimenti di legno.

Per le camere da letto si cercherà di usufruire meglio che sia possibile delle esposizioni più aereate e soleggiate e di disporle in modo che ne resti lontano tutto ciò che possa costituire fonte di insalubrità.

Art. 5. — Salva l'osservanza della disposizione dell'art. 69 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636, e di quelle contenute nei regolamenti locali d'igiene, le latrine, in numero non inferiore ad una per piano o ad una per ogni venti persone, dovranno essere sempre a chiusura ermetica ed inodore, e, nei luoghi dove esiste distribuzione interna di acqua nelle case, dovranno essere a chiusura idraulica e con cassetta di lavaggio.

Nelle località, ove manchi la fognatura a circolazione continua, dovranno essere adottati, per la raccolta e lo smaltimento delle acque luride dell'albergo, quei sistemi di fognatura statica che garantiscono i locali dell'albergo da qualsiasi esalazione ed il sottosuolo da qualsiasi inquinamento. I progetti da presentarsi al sindaco a norma dell'art. 2 del presente regolamento dovranno sempre contenere una descrizione dettagliata ed illustrata degli impianti di raccolta e smaltimento delle acque luride predette.

Le latrine dovranno essere illuminate e ventilate con finestra all'esterno, e dovranno avere le pareti rivestite fino a 2 metri di altezza di materiale lavabile e impermeabile, preferibilmente di mattonelle smaltate, maiolicate, con gli angoli fra le pareti, e fra queste, i pavimenti arrotondati.

Gli alberghi dovranno essere pure forniti di congrui gabinetti da bagno in numero proporzionato

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

all'importanza di essi, determinata dalla categoria ove trovansi classificati. I camerini da bagno dovranno avere pavimenti impermeabili e pareti rivestite nel modo suindicato.

Art. 6. — Le cucine, le dispense e le sale da pranzo dovranno essere ben ventilate ed avere luce diretta. Esse dovranno essere protette, con mezzi idonei, dalla invasione delle mosche. A tal fine le cucine e le dispense dovranno avere porte e finestre munite di reticelle metalliche, da mantenersi sempre integre e pulite.

Gli alberghi, che fanno servizio di trattoria, dovranno essere forniti di adatte celle ed armadi frigoriferi per la conservazione degli alimenti di facile alterazione. La capacità dei relativi impianti sarà proporzionata al servizio di cucina.

Art. 7. — L'acqua potabile, da accertarsi in quantità sufficiente, dovrà essere distinta da quella destinata ad altri servizi; e dove esista acqua impotabile i relativi rubinetti dovranno recarne speciale indicazione.

Dove esiste regolare acquedotto, con distribuzione nelle case, l'acqua potabile dovrà essere erogata da rubinetto attaccato alla condotta diretta che conduce l'acqua nei serbatoi, e non a quella derivata dai serbatoi stessi.

Dove manca l'acquedotto i recipienti dell'acqua potabile dovranno essere separati da quelli contenenti acqua per altri usi e mantenuti con tutte le cautele igieniche per la più scrupolosa provvista, conservazione ed erogazione dell'acqua.

Art. 8. — La biancheria dovrà essere sempre fornita di bucato ad ogni nuovo ospite e venire ricambiata a brevi periodi.

Si dovrà vigilare perchè il bucato venga eseguito con sistemi igienici, e qualora gli alberghi dispongano di propria lavanderia, questa dovrà funzionare nel modo più atto ad assicurare la perfetta ripulitura e sterilizzazione della biancheria.

Gli effetti letterici dovranno pure essere mantenuti nello stato della più scrupolosa pulizia ed esenti da parassiti animali. Le tende, i tappeti, i mobili ricoperti di stoffa e simili dovranno essere liberati dalla polvere a periodi frequenti ed in modo igienico.

Art. 9. — Gli alberghi che dispongono di un numero di letti superiore a cento, dovranno avere, secondo la capacità di essi e secondo quanto sarà stabilito caso per caso dall'ufficiale sanitario, uno o più ambienti appartati, rispondenti a speciali requisiti igienici, pel ricovero temporaneo di infermi che, in base agli accertamenti di cui al primo comma del successivo art. 15, siano stati ritenuti sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose, fino al loro allontanamento.

Pei maggiori alberghi dovrà essere prescritto che i detti ambienti comprendano anche un camerino per il personale di assistenza ed un bagno distinto dai bagni di uso per gli altri ospiti.

I suindicati ambienti dovranno essere riservati esclusivamente a tale destinazione.

Gli alberghi dovranno essere pure forniti di cassette contenenti ciò che è più indispensabile per eventuali soccorsi d'urgenza, e nei siti malarici anche una congrua provvista di chinino di Stato.

Art. 10. — Le stalle e i pollai di cui gli alberghi fossero eventualmente provvisti, dovranno essere situati in località isolate dall'edificio alberghiero e ad una distanza sufficiente a garantirlo dalla molestia o dal nocumento proveniente dal materiale di rifiuto o da esalazioni e dovranno possedere inoltre finestre od aperture che permettano una sufficiente aereazione ed illuminazione. Dovranno avere pareti e pavimenti costruiti con materiali che ne permetta la lavatura e la disinfezione. Inoltre i pavimenti dovranno essere impermeabili con scoli adatti e sufficienti al rapido smaltimento delle deiezioni liquide delle acque di lavatura e dei materiali di disinfezione.

La cubatura delle stalle dovrà essere non inferiore a 30 metri cubi per ogni animale ricoverato, con un'altezza di ambiente non inferiore a metri 3.50.

Le stalle dovranno essere provviste di adatta concimaia costruita con pareti e pavimento impermeabili.

Il concime dovrà essere giornalmente asportato.

Art. 11. — I direttori di alberghi dovranno esigere dai passeggeri, possessori di cani, che questi non vadano fuori dalle loro camere, se non muniti di museruola o tenuti al laccio.

Art. 12. — Nelle camere di alloggio, nelle sale di trattenimento, nei corridoi, nei vestiboli, nei pianerottoli delle scale ed in altri ambienti abitabili, si dovranno porre sputacchiere igieniche in numero adeguato.

Nei vestiboli non dovranno mancare i nettascarpe.

Art. 13. — Per l'arredamento degli alberghi è vietato l'acquisto di effetti letterecci ed arredi di uso personale già usati, salvo quelli provenienti da altro albergo che abbia dismesso l'esercizio. In via di eccezione, quando possa escludersi in modo sicuro che siano appartenuti a persone affette da malattie contagiose, si potrà consentirne l'acquisto, purchè siano sottoposti ad efficace disinfezione, che dovrà risultare da apposita dichiarazione dell'ufficio locale di igiene.

Le suppellettili di cucina e da tavola dovranno essere di sostanza innocua, con assoluta esclusione di quelle indicate all'art. 125 del regolamento generale sanitario, modificato dal R. D. 23 giugno 1904, n. 369..

Art. 14. — Non potrà essere assunto personale in servizio negli alberghi se non previo accertamento, in base a certificato medico debitamente legalizzato, di data recente, che non sia affetto da malattia contagiosa.

Sopravvenendo al personale in servizio o alle persone con esso conviventi una infermità di tale genere, dovrà essere allontanato al più presto.

L'esclusione sarà definitiva quando trattasi di personale affetto da tubercolosi polmonare. Per le altre malattie la riammissione potrà avvenire su certificato dell'ufficiale sanitario che assicuri non esservi più pericolo di contagio.

I trasgressori saranno puniti a termini dell'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie.

L'autorità sanitaria locale potrà disporre, quando ne riconosca il bisogno, visite ed accertamenti sullo stato sanitario di detto personale, come anche in genere sul funzionamento igienico dell'esercizio. Ai fini suindicati farà anche eseguire ispezioni periodiche agli alberghi.

Art. 15. — A modifica di quanto prescrive nell'ultimo comma l'art. 129 del regolamento generale sanitario 3 febbraio 1901, n. 45, i direttori di alberghi dovranno denunciare subito all'ufficio locale d'igiene, per gli accertamenti e i provvedimenti del caso, qualsiasi infermità degli ospiti e del personale di servizio che dia luogo a sospetti circa la natura contagiosa.

I trasgressori saranno puniti ai termini dell'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie.

Art. 16. — Nell'esercizio della industria alberghiera dovrà essere curata in ogni tempo la massima pulizia sia dei mobili sia dei locali.

L'esercizio dell'industria stessa è vincolato oltre che alla esecuzione delle ordinarie ripuliture quotidiane e periodiche, anche alla esecuzione di una ripulitura generale e radicale accompagnata da accurata disinfezione e dalla distruzione di insetti, da farsi almeno una volta all'anno.

Le cennate opere di ripulitura, nonchè di disinfezione o di distruzione degli insetti, generali o parziali, dovranno altresì essere eseguite ogni qualvolta ne venga riconosciuta la necessità.

Art. 17. — All'ente nazionale per l'incremento delle industrie turistiche è data ampia facoltà di vigilare, d'intesa col prefetto, sull'osservanza delle prescrizioni del presente regolamento e di disporre, sempre d'intesa col prefetto, e promuovere quelle ispezioni che riterrà all'uopo opportune.

Art. 18. — Le dette prescrizioni si osserveranno anche relativamente alle locande, alle pensioni ed altri luoghi destinati ad alloggio collettivo per mercede, in quanto riescano per essi applicabili.

Art. 19. — Le contravvenzioni alle prescrizioni del presente regolamento, che non siano già previste da disposizioni speciali, saranno punite ai termini dell'art. 218, ultimo comma, del testo unico delle leggi sanitarie.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXIII. — Suggestioni ipnotiche.

Non costituisce delitto contro la libertà individuale la suggestione ipnotica esercitata, come ogni altro esperimento analogo, per finalità scientifiche con il preventivo e libero consenso del paziente, « perchè, in tal caso, non soltanto manca il dolo ma anche e soprattutto non è illegittima la limitazione liberamente consentita di un bene giuridico rispetto a cui il consenso del suo titolare apparisce, entro certi limiti, operativo e cioè efficace ad escludere nel fatto il carattere di offesa o lesione nel senso suindicato: salvo a vedere se il danno o pericolo per la salute, che eventualmente derivi dal fatto stesso, debba imputarsi e punirsi per altro titolo e per altri riflessi (lesione colposa) ». Ma quando sia stato accertato il dissenso del paziente all'esperimento di una suggestione ipnotica che l'ipnotizzatore volle tuttavia compiere per stolta vanità o prepotenza o per altri biasimevoli motivi, abusando della debolezza del paziente e riuscendo a sopprimere la volontà e la personalità psichica di lui; quando del pari siasi stabilito che lo stato di suggestione ipnotica fu notevole per intensità e durata e che l'agente fu consapevole della illegittimità dell'evento specifico della privazione della libertà personale, sussiste il reato previsto dall'art. 146 codice penale. « Nè varrebbe in contrario la eventuale obbiezione che la libertà personale suscettiva di privazione illegittima ai termini dell'art. 146 c. p., sia soltanto quella fisica e non anche la libertà psichica, perchè, a prescindere da qualsiasi considerazione filosofica che forse indurrebbe a reputare più grave il fatto nei riguardi della libertà psichica, è evidente che, dal punto di vista giuridico, le due ipotesi si equivalgono nel senso che, col ridurre taluno in proprio potere mediante ipnosi, e cioè col privarlo della libertà psichica, lo si priva in sostanza anche della libertà fisica ».

Nel caso così deciso dalla Corte di Cassazione prima sezione penale con sentenza 22 maggio 1925, certo Hohr Francesco era stato imputato del delitto previsto dall'art. 146 per esercizio di suggestione ipnotica.

LXIV. — Pensione privilegiata.

Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione, con decisione 24 aprile 1925, n. 3255, hanno dichiarato che le malattie non professionali possono dar titolo alla pensione di privilegio solo quando sia provato il rapporto di causalità fra l'evento di servizio e l'insorgere della infermità. Il servizio non può neppure rappresentare una concausa dello attecchimento o dello sfavorevole decorso di una malattia infettiva (setticemia) se non si dimostri che l'impiegato, per ragioni di servizio, siasi venuto a trovare in condizioni di resistenza organica notevolmente menomata.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

I nuovi orizzonti della igiene e della previdenza sociale.

Con questo titolo, il prof. G. Loriga, Capo dell'Ispettorato medico della industria e del lavoro, pubblica (*Bollettino del Lavoro*, marzo-aprile 1925) un lungo studio che qui riassumiamo nei punti principali.

Lo studio della patologia del lavoro è ormai stato approfondito in modo da potersi considerare quasi completo, almeno nelle sue grandi linee; notevoli progressi ha compiuto l'igiene del lavoro e di pari passo anche la relativa legislazione in tutti i paesi civili. Cionononostante, il lavoro costituisce ancora uno dei più potenti fattori di malattia e di morte, la cui importanza reale supera quella che molti fra gli stessi medici gli attribuiscono. Per lo sviluppo più ampio dell'industria e per le conseguenze da ciò derivanti, si sono oggi creati tanti fattori di insalubrità e di pericolo che, tutti insieme, minacciano la vita e la salute assai più gravemente di tante altre cause patogene più note e temute esistenti nel comune ambiente fisico.

La nota diminuzione della mortalità generale che si va osservando da qualche decennio riguarda più che altro l'età infantile, mentre poco mutata appare la mortalità del gruppo degli individui maschi che si possono considerare come lavoratori, dai 15 ai 59 anni. Tenuto poi conto della composizione di tale gruppo di popolazione, è chiaro che la mortalità globale di esso debba soprattutto essere sostenuta dalle categorie di lavoratori e di impiegati, in cui quindi la mortalità deve essere assai più elevata di quanto non appaia dalle statistiche. Ma la cifra aumenta ancora quando si ponga mente che nella mortalità globale dei lavoratori sono compresi quelli dei campi e quelli delle industrie, mentre gli ultimi hanno una mortalità che può arrivare fino al doppio che quella dei primi; si può avere così un'idea dell'effetto deleterio del lavoro industriale sull'individuo.

Ma la sola mortalità non può essere un indice perfetto delle condizioni sanitarie delle classi manuali. Da altri dati si desume il logorio che la vita industriale induce nell'organismo. Valgano come esempio i risultati ottenuti nelle visite di coscrizione di individui dai 20 ai 40 anni fatte in Inghilterra nel 1914. Da esse è risultato che, mentre il 90 % degli individui di regioni non industriali era in buona salute, gli abili al servizio militare provenienti da regioni industriali erano appena il 46 ed anche il 42 %; tale deficienza viene attribuita al lavoro industriale.

Le condizioni del lavoro si riflettono non solo sugli adulti, ma incominciano ad esercitare i loro effetti deleterii fin dalla vita intrauterina, per l'influenza che il lavoro della madre ha sul peso e sulle condizioni generali del feto e proseguono nella fanciullezza con un minore sviluppo del fanciullo che lavora.

Altri indici della influenza deleteria del lavoro possono aversi nella stessa industria, con un abbassamento della quantità e della qualità della produzione, con la facilità di cambiare mestiere, con segni di irritabilità e di malcontento che si traducono con scioperi, rivolte.

Da queste considerazioni, scaturisce la necessità e l'urgenza di provvedimenti igienici e sanitarii adeguati, capaci cioè di tutelare allo stesso tempo la salute dell'individuo e l'integrità fisica della razza. Il problema della difesa sanitaria contro le cause patogene connaturate al lavoro merita di richiamare l'attenzione degli stessi industriali perchè gli individui non sani sono anche cattivi produttori. L'interesse del problema dal punto di vista sociale è poi evidente, in quanto che si tratta di conservare in piena efficienza il gruppo di popolazione che, economicamente, è il più redditizio.

L'A. passa poi a considerare le cause morbose che egli tratta non già limitatamente al genere di lavoro, ma che estende a tutti i fattori derivanti dagli ordinamenti del lavoro, dalle leggi e dalle condizioni generali di un dato paese per il fatto che essi possono esaltare od affievolire la resistenza dell'organismo, non solo verso gli agenti morbosi che hanno sede nell'ambiente fisico del lavoro, ma anche contro quelli che si trovano nell'ambiente comune a tutta la popolazione. Non si deve quindi considerare la malattia del lavoratore come qualche cosa di astratto, ma inquadrarla in tutto l'ambiente in cui l'individuo vive.

Manifestazioni di queste cause morbose sono l'infortunio, la malattia e la invalidità: tre aspetti di uno stesso fenomeno, creato da fattori comuni, alcuni dei quali possono bensì avere la prevalenza in un dato momento, ma che quasi sempre si intrecciano e si completano a vicenda nella loro azione. Nè tali manifestazioni (distinte dal punto di vista giuridico e didattico) possono andare disgiunte dal punto di vista medico-igienico. Esse costituiscono un solo oggetto che è il fatto morboso dipendente dal lavoro, o meglio dal

mestiere, considerato questo sotto tutte le forme con cui grava sui lavoratori e si rende nocivo.

La profilassi delle malattie del lavoro non è quindi un semplice problema di difesa igienica contro le cause nocive esistenti nelle singole lavorazioni e, tanto meno, un problema tecnico di ciascun stabilimento industriale, ma è un compito che abbraccia tutte le cause che concorrono a minare la salute dei lavoratori. Anzi, aggiunge l'A. fra le dette cause, quelle specifiche, che involgono direttamente le responsabilità individuali de' datori di lavoro o dei lavoratori, sono sicuramente meno importanti per quantità e per qualità di quelle generiche, che dipendono dall'ambiente giuridico-economico nel quale il lavoro si esercita.

Da ciò scaturisce per la Società il dovere di intervenire per rimuovere le cause e per ripararne i danni, tanto più che le malattie del lavoro debbono venir considerate come vere malattie sociali.

I rimedi a questo stato di cose consistono nell'igiene e nella previdenza. Scarsa ed insufficiente è la nostra legislazione del lavoro in Italia; l'A. la passa in rivista, muovendo particolarmente delle critiche alla legge sul lavoro delle donne e dei fanciulli. Invano si cerca però nelle nostre leggi una sola disposizione che miri a proteggere il lavoratore contro le cause di insalubrità che si riscontrano in tutti gli ambienti di lavoro. Questa deficienza di protezione dei lavoratori contro l'insalubrità forma un contrasto evidente con la cura nel proteggere il vicinato dai danni e dagli incomodi derivanti dagli stabilimenti industriali ed i lavoratori stessi dalla pericolosità (infortuni) e dalla gravosità (invalidità) del lavoro. L'utilità e la importanza di questa difesa sono state invece ben comprese in molti altri stati in cui la legislazione del lavoro è a buon punto. Da noi il regolamento generale del lavoro, autorizzato con D. L. del 15 maggio 1919, n. 818, non è ancora stato promulgato non ostante che a dimostrarne la necessità e l'urgenza si siano levate le voci di scienziati, della stampa e di uomini politici e malgrado siano stati presentati al Governo, in periodi diversi, almeno trenta ordini del giorno, di varia provenienza e chiedenti la definitiva sanzione. Il nostro paese deve provvedere a questa lacuna; lo esigono il suo interesse materiale ed il suo amor proprio.

Ma la legge od il regolamento d'igiene del lavoro non bastano; è necessario pensare alla previdenza sociale in forma di assicurazione obbligatoria contro la malattia, la quale è il complemento necessario, anzi la pietra basilare, di quella contro l'infortunio e l'invalidità. Oltre alla assicurazione contro la malattia, manca da noi anche l'assistenza gratuita al lavoratore infortunato il che, come osserva l'A., rende illusorio anche l'indennizzo pecuniario, perchè questo viene assorbito o fortemente decurtato dalle spese di cura. L'A. vorrebbe estendere le provvidenze anche alla famiglia dell'assicurato.

Il difetto nostro è quello di possedere soltanto degli anelli slegati della rete di protezione che la sollecitudine del legislatore ha creato a conforto del lavoratore in quasi tutti gli altri Stati ed è per questa ragione che le nostre leggi di assicurazione non possono dare i benefici frutti individuali e sociali che hanno prodotto altrove.

I nuovi orizzonti a cui si devono ispirare le assicurazioni sociali debbono consistere nella loro unità e nel coordinamento di tutte le opere. Solo dall'unità di indirizzo e dalla predisposizione secondo un piano organico rispondente ai principi accennati può derivare la difesa completa del lavoratore contro tutti i danni economici o sanitari che possono colpirlo. Il nostro paese, conclude l'A., deve affrettarsi a raggiungere questi fini se vuole conservare la pace sociale e difendere efficacemente la salute della parte più produttiva della popolazione. *fil.*

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza igienica nei Comuni sedi di cure climatiche, marine e termali.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha indirizzato ai sigg. Prefetti la seguente Circolare all'inizio della stagione estiva:

« Ai Comuni, nei quali per le loro privilegiate condizioni in particolar modo si verifica durante l'estate e l'autunno l'afflusso di numerose persone a scopo di cura climatica, marina o termale, incombe una particolare responsabilità nella attuazione delle norme di vigilanza igienico-sanitaria in correlazione coll'affollamento che si suole in detti periodi verificare.

Dovrà pertanto a cura dei Sindaci, assistiti dagli Ufficiali sanitari, procedersi fin da ora ad una accurata ispezione dei pubblici servizi di interesse igienico-sanitario, segnatamente sugli acquedotti in tutto il loro percorso, sulle fognature, sulle condizioni degli specchi d'acqua marina, lacuale e fluviale destinati ai bagni, per constatare che siano al riparo da qualsiasi causa di inquinamento.

Dovrà altresì provvedersi ad una doverosa intensificazione dei servizi di nettezza urbana, all'allontanamento di qualsiasi deposito insalubre nei pressi degli abitati e del pari ad un rigoroso controllo sullo smercio delle sostanze alimentari, segnatamente sul latte, procedendo coi rigori della legge contro i contravventori.

« Le abitazioni che si intendono adibire per alloggio ai villeggianti e balneanti dovranno al pari degli alberghi e pensioni essere previamente visi-

tate dall'Ufficiale sanitario, allo scopo di assicurarsi della loro idoneità per una igienica dimora in relazione al numero degli ospiti che si presume debbano ricevere, acciò l'Autorità comunale possa decretare le indispensabili limitazioni e provvidenze a salvaguardia della pubblica salute.

« Particolarmente accurato dovrà essere da parte delle Autorità il continuo sistematico controllo delle condizioni sanitarie dei Comuni di cui trattasi, affinchè le idonee misure igieniche tempestivamente adottate possano assicurare il tranquillo svolgimento del soggiorno in località climatiche e termali con vantaggio dei singoli, delle collettività e della sempre maggior fama, cui hanno diritto le nostre Stazioni di cura ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Aquila. *Congregaz. di Carità.* — Med. primario dell'Osped. di S. Salvatore. Vedi fasc. 36. Scad. ore 12 del 25 sett.

Carrara. *Municipio.* — Medico-direttore dell'Ambulatorio anticeltico. Vedi fasc. 36. Scad. 30 sett.

Castelcivita (*Salerno*). — Scad. 30 sett. Una delle due cond.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cav., addizion. L. 5 ogni povero eccedente 20 % della popolaz.; tassa L. 50,15.

Firenze. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. di Prato; Scad. ore 17 del 10 ott.; L. 12,000 e c.-v.; 8 trienni decimo; valutaz. parziale servizi prestati; è concesso il libero eserc. profess. Età lim. 45 a. Ab. 60,560. Chiedere annunzio.

Grassano Monferrato (*Alessandria*). — Scad. 30 sett. L. 7000 pei pov. non oltre 10 % della popolaz., addizionale capitaria L. 4, mezzo trasp. L. 500, uff. san. L. 500.

Isola del Liri (*Caserta*). — 2ª condotta; vedi fasc 34; proroga al 30 sett.

Maenza (*Roma*). — L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4 oltre e fino a 2000; L. 5 oltre; L. 400 uff. san.; 5 quadrienni decimo, Scad. 20 sett. Tassa L. 50 al tesor. com. Servizio entro 20 giorni. (Si avverte che il concorso è boicottato a favore del dott. G. Conti).

Menfi (*Girgenti*). — Scad. 15 sett. L. 8500 e 4 quadrienni.

Milano. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

Monfumo (*Treviso*). — A tutto 30 sett.; L. 9500; indenn. trasferta e due c.-v.

Piobesi Torinese (*Torino*). — Scad. 20 sett. Abit. 2148; L. 7000, oltre L. 500 uff. san. e indenn. mezzo trasp.; metà c.-v.

Roma. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

Roma. *Ministero dell'Interno.* — Servizio sanitario per il Corpo degli agenti di P. S. Vedi fascicolo 36.

Salvitelle (*Salerno*). — Scad. 30 sett. L. 7000.

S. Michele del Quarto (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17; per informazioni rivolgersi Segreteria.

S. Paolo Albanese (*Potenza*). — Cond. resid., serv. pov. L. 7000; L. 500 uff. san.; aum. quadr. Scad. 15 ottobre.

S. Pietro Vernotico (*Lecce*). — 2ª cond.; L. 8500, senza c.-v., fino a 1000 pov.; addizion. L. 3 per altri 500 pov. e L. 5 oltre; 5 quadrienni decimo; scad. 4 ott., ore 20; docum. a 3 mesi dal 4 sett. Serv. entro 15 gg. Tassa L. 50.20 al tesor. comun.

Soncino (*Cremona*). — 3° riparto (Gallignano-Isengo). Scad. 30 sett. L. 11,000 oltre L. 1500 mezzo trasp., L. 300 ambulat., 1 ½ c.-v. in lire 1800; aumenti periodici fino al 50 % dopo 20 anni; ab. 2350, pov. 500; non obbl. cav.

Terranova di Sicilia (*Caltanissetta*). — A tutto 20 sett. Direttore dell'Ambulatorio Antitracomatoso Comunale. L. 3500; esclusa indenn. c.-v.; dichiaraz. scritta dei concorrenti di accettare le norme che regolano la C. P. dei medici condotti.

Concorsi a premio.

Premio A. Bianchi sulla fonendoscopia.

Il prof. Aurelio Bianchi, il quale, notoriamente, ha ideato, in collaborazione col dott. Bazzi, il fonendoscopio, ha inviato da Buenos Aires la somma di lire 10,000 al prof. Raffaello Silvestrini, direttore della Clinica Medica di Perugia, perchè, in ricordo del Congresso medico tenuto in questa città durante il 1885, in cui furono accolte e premiate le comunicazioni preliminari sulla fonendoscopia, e a titolo di gratitudine per la scuola medica perugina, venga premiato il miglior lavoro sulla fonendoscopia presentato entro il giugno 1926, giudicabile dall'Università.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. sen. G. B. Queirolo è stato proclamato socio benemerito perpetuo dell'Associazione Italiana di Idrologia, in un recente convegno adunatosi a Montecatini.

Il prof. Arturo Campani, direttore del Sanatorio di Cuasso al Monte, e il dott. Francesco Bergolli, di Legnano, hanno vinto un concorso bandito dal periodico « Le Feste » per un'opera popolare d'igiene divisa in tre puntate, per ognuna delle quali era stabilito un premio di L. 1500.

Il premio spagnolo Achúcarro per l'istologia del sistema nervoso è stato assegnato al prof. K. Schaffer, capo dell'Istituto per le ricerche sul cervello di Budapest. Il premio viene conferito ogni biennio, alternativamente ad uno spagnolo e ad uno straniero.

L'Università di Parigi ha conferito il titolo di dottore in medicina al dott. A. Bruno in riconoscimento dell'opera prestata in Francia quale direttore della Commissione Rockefeller per la lotta contro la tubercolosi.

NOTIZIE DIVERSE.

La R. Scuola di Sanità Militare Marittima di Napoli.

Si è svolto recentemente nella R. Scuola di Sanità M. M. di Napoli il 5° Corso di Applicazione per medici destinati a far parte del corpo sanitario M. M.

Tale Scuola, diretta dal colonnello medico prof. Leone Sestini, si trova nelle migliori condizioni di attrezzamento tecnico per corrispondere allo scopo che si prefigge. Questo è, non di svolgere un corso parallelo a quello universitario, ove si ripetano cioè cognizioni già apprese, bensì di orientare il giovane medico, che ha già dimostrato nel concorso di ammissione alla Scuola di saper fare una diagnosi, verso l'esercizio pratico nell'ambiente militare marinaresco. L'insegnamento è impartito da insegnanti militari e civili, la cui collaborazione realizza un piano che nelle scuole di sanità militari francesi è oggi introdotto come felice innovazione. Le lezioni riguardano: l'igiene navale, la patologia esotica, l'epidemiologia militare (cioè lo studio delle speciali condizioni di sviluppo, di diffusione, di evoluzione di alcune malattie nell'ambiente militare e dette perciò castrensi), la traumatologia e la chirurgia di guerra, la fisiologia dell'aviazione, la simulazione e la dissimulazione delle malattie di orecchio, naso e gola, la patologia del lavoro, la medicina legale militare, la chimica bromatologica, l'odontoiatria. Gli allievi eseguono esercitazioni di otorino-oftalmoiatria, batteriologia, microscopia e chimica clinica, esercitazioni marinaresche, ecc. Sono dunque impartite nozioni affatto speciali. Gli allievi inoltre hanno opportunità di studiare il malato e specialmente di addestrarsi nelle pratiche di pronto soccorso durante le guardie nel vicino Ospedale di Marina. Da questa esposizione appare come da tale fucina possa uscirne ben forgiato il giovane ufficiale medico con tutte le doti che debbono distinguerlo, cioè di medico sopratutto igienista, quale dev'essere il medico di sanità M. M. cui è affidata la tutela di una massa, non solo perfettamente sana, ma anche attentamente selezionata.

Altre ricerche, oltre i corsi di applicazione, assorbono l'attività della Scuola di Sanità M. M., cioè ricerche psicofisiologiche per la scelta dei piloti-aviatori, degli ufficiali osservatori, dei telemetristi, e tra poco, anche di altre categorie del personale, specialmente dei conduttori di automezzi terrestri e marittimi.

Presso la Scuola ha sede un ufficio tecnico per le ricerche di ordine sanitario che, dopo il forzato riposo della guerra, accenna a riprendere la propria attività; e, appena sarà possibile, si riprenderanno pure i corsi di aggiornamento per ufficiali medici anziani.

Mostra internazionale biennale d'igiene e sanità.

Per volere del Regio Commissario di Roma, sen. Cremonesi, verrà istituita in Roma una « Mostra internazionale biennale d'Igiene e Sanità », da indirizzarsi ogni due anni ad una delle varie branche delle due discipline (assistenza sanitaria, profilassi delle malattie infettive, igiene edilizia e rurale, impianti igienico-sanitari, assistenza alla prima infanzia, igiene scolastica, igiene industriale e del lavoro, igiene alimentare, lotta antitubercolare, propaganda igienica). Verrà preposto, alla Mostra anzidetta, un Comitato d'onore, alla cui costituzione come all'organizzazione della Mostra, provvederà un Comitato direttivo, composto di un ufficio di presidenza, di un gruppo di consiglieri, scelti fra le più spiccate personalità cittadine della scienza, della beneficenza, dell'industria e del commercio, nonchè di commissari incaricati di predisporre e coordinare gli atti esecutivi.

L'Ufficio di presidenza sarà, a sua volta, composto di un presidente e tre vice-presidenti e costituirà, con l'assistenza di un commissario capo e tre commissari, la Giunta esecutiva che potrà valersi del parere e della collaborazione di un consulente artistico e di speciale sottocommissione (finanza, propaganda, viaggi e festeggiamenti, giurie, ecc.). Dovrà esser cura del Comitato esecutivo di assicurare alla Mostra, a mezzo di speciali delegazioni, estere e nazionali, la più larga partecipazione di Enti, Istituti e Ditte delle varie Nazioni e delle singole regioni d'Italia.

Comitato romano contro la tubercolosi.

Il 14 luglio si riunì il Consiglio Amministrativo del Comitato sotto la presidenza del prof. V. Ascoli, il quale comunicò l'iniziativa del Comune di Roma, di assumere l'organizzazione della lotta antitubercolare cittadina, e la costituzione, a questo scopo, di una Commissione incaricata di presentare al più presto un piano completo d'azione. Tale Commissione è così composta: prof. Ascoli, presidente, l'ufficiale sanitario del Comune prof. Giuseppe Pecori, l'ispettore capo alla profilassi delle malattie infettive prof. Scipione De Rossi, il medico primario del Dispensario comunale, il direttore dell'Ospizio Umberto I prof. Achille Angelini, il prof. Arcangelo Ilvento, rappresentante della C. R. I., l'avv. Alfredo Bruno, capo dei servizi amministrativi dell'Ufficio di Igiene, in rappresentanza del segretario generale del Comune.

Il prof. Ascoli accettò l'incarico ponendo come condizione fondamentale, che la Commissione debba avere carattere essenzialmente deliberativo e non consultivo. La prima riunione di questa Commissione avvenne il 6 luglio. Il presidente fece rilevare che per una lotta antitubercolare cittadina efficace, bisognava aumentare i Dispensari, portandone il numero a 7 per lo meno, e ripartendoli in varie zone della città in conformità del piano d'azione già preparato fin dall'anno passato dal Comitato Romano.

Accennò pure ad un'altra deliberazione del Comune riguardante lo stanziamento di una cospicua somma all'anno per il risanamento delle case insalubri e per la costruzione di case popolari.

XXXII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Il Congresso è indetto a Roma, nei locali della R. Clinica chirurgica al Policlinico Umberto I, nei giorni 25-28 ottobre.

Coloro che intendono fare delle comunicazioni debbono inviarne il titolo al segretario non più tardi del 30 settembre.

I soci che vogliono usufruire del ribasso ferroviario per sè o per la famiglia debbono farne richiesta al segretario prima del 30 settembre, accompagnata da una quota di L. 25 per ciascuna persona della famiglia.

I soci che desiderano prenotare l'alloggio si rivolgano all'Agenzia Cook - Piazza dell'Esedra, Roma - che ne è stata incaricata dal Comitato organizzatore.

I temi messi in discussione sono:

1) La cura del morbo di Flajani Basedow (in comune colla Società di Medicina Interna; relatore: prof. Paolo Fiori);

2) Le occlusioni intestinali (escluse le ernie strozzate; relatori proff. Oreste Margarucci e Ugo Stoppato).

Onoranze alla memoria di Canizzaro.

Nella ricorrenza del 1° centenario della nascita di Stanislao Cannizzaro, si organizza a Palermo un Congresso di chimica. Ad iniziativa della Società Chimica Italiana, verrà anche pubblicato un volume che si aggiungerà a quello già edito nel 1860 e che conterrà scritti di discepoli, i quali illustreranno i meriti del Maestro in varî campi del sapere.

Il Consiglio dei ministri, accedendo alla richiesta della città di Palermo, ha deliberato che la salma del grande scienziato e patriota sia trasportata da Roma a Palermo, ove riposerà nel Pantheon, non lungi da quella di Michele Amari, accanto a quella di Francesco Crispi. Cerimonie solenni avranno luogo in questa occasione.

Vittima di un passaggio a livello, fra Cosenza e Sibari, è morto il 17 agosto il prof. NUNZIO DI STEFANO, unitamente alla moglie contessa Velona e al figlio diciannovenne Carlo. Il prof. Di Stefano era direttore degli Ospedali Riuniti di Catania e libero docente di patologia chirurgica in quella Università. Contava 53 anni.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 21 Settembre 1925 — Fasc. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

Memento. Ai pochi abbonati che non hanno ancora inviato la 2ª rata semestrale dell'abbonamento in corso, rivolgiamo preghiera di farne sollecita rimessa. L'AMMINISTRAZIONE.

RIVISTE CRITICHE.

OSPEDALE CIVILE DI ALESSANDRIA
REPARTO DERMOCELTICO.
OSP. INFANTILE « CESARE ARRIGO » DI ALESSANDRIA.

Sopra alcune questioni relative all'eziologia dello Zoster.

(Considerazioni cliniche)

per i dottori MARIO ARTOM e PIERO FORNARA.

Lo zoster è un'affezione che pur interessando poco dal punto di vista pratico, perchè all'infuori dei casi abbastanza rari in cui per la sintomatologia nervosa che può accompagnarlo, per la sua particolare localizzazione (Z. oftalmico), per i postumi che può lasciare (nevriti, paralisi) può assumere una particolare gravità, di solito decorre in pochi giorni, e scompare senza lasciare disturbi, senza neanche richiedere una particolare terapia, ha sempre però costituito un capitolo molto interessante dal punto di vista dottrinale.

Noi non vogliamo qui rifare la storia di tale affezione, che è stata riassunta da uno di noi, in un recente lavoro dedicato allo studio dello zoster dei luetici, ma ci soffermeremo su alcune questioni relative all'eziologia sua, che, nonostante il moltiplicarsi delle esperienze, degli studi, e delle memorie sopra questo argomento sono rimaste sin'ora insolute. In antitesi alla tendenza attuale di cercare la soluzione dell'eziologia dello zoster nel solo campo sperimentale, noi, in questa nostra discussione, ci riferiremo puramente all'osservazione clinica dei numerosi casi di zona osservati in questi ultimi anni in Alessandria.

Dai lavori precedenti, noi una cosa sola riterremo stabilita, la dipendenza anatomo-patologica dello zoster da una lesione a tipo infiammatorio dei gangli cerebro-spinali e delle radici posteriori; ed i punti che vogliamo svolgere sono i seguenti: Esiste uno zoster essenziale dovuto ad uno speciale virus infettivo? Si è autorizzati a collocare accanto a questo zoster idiopatico degli zoster sintomatici dovuti all'azione sul ganglio spinale di altri virus?

In questi casi l'eruzione zosteriana dipende dalla perturbazione prodotta sul ganglio spinale direttamente da questi virus e dalle loro tossine oppure l'azione di essi è esclusivamente una azione predisponente a facilitare nel senso di

creare un «locus minoris resistentiae» nel ganglio rachideo che quindi più facilmente può venir leso dal particolare e non ben definito virus zonatogeno?

*
* *

Lo zoster essenziale (febbre zosteriana) primitivamente stabilito dai lavori di Landouzy ha in suo favore dei fatti clinici che meritano di essere discussi: Landouzy, quando per la prima volta nel 1883 sostenne l'esistenza di questa febbre zosteriana si basava sui seguenti argomenti: la insorgenza febbrile, l'immunità quasi assoluta che lascia, l'esistenza di piccole epidemie ripetentesi specialmente in alcune stagioni dell'anno.

Il valore di questi tre argomenti è alquanto diverso. L'esistenza della febbre, che Landouzy specifica essere a tipo eruttivo, sia dall'osservazione dei diversi Autori, sia dall'osservazione personale di casi in cui, essendo i pazienti ricoverati per altre affezioni in ospedale, la temperatura fu misurata prima, durante e dopo l'eruzione zosteriana, casi che per l'assenza di ogni altra causa potevano essere considerati come zoster essenziali, non appare nè frequente nè costante. Un argomento che invece appare di valore assai maggiore è quello dell'immunità; in verità i casi di zoster recidivante sono molto rari e di fronte ad essi ci si può chiedere se in questi casi che paiono eccezioni isolate ad una regola così fissa non si può trattare, invece che di una recidiva, di un zoster essenziale e di uno sintomatico oppure di due zoster, sintomatici a cause diverse; e d'altra parte chi è poco convinto dell'esistenza di questa immunità si può chiedere se, dato che lo zoster è una malattia non frequente, che ben pochi individui presentano nella loro vita, non sia dipendente da questa rarità dell'affezione il fatto che un individuo ha poca probabilità di soffrirne più di una volta. Al più da questa rarità di recidive si può dedurre che una lesione del ganglio spinale non produce in questo una predisposizione a nuove successive lesioni e si può notare l'antitesi che per questo fatto si stabilisce tra zona ed herpes febrilis di cui è nota la tendenza a recidivare ed a recidivare «in situ». Il terzo argomento su cui si basano Landouzy ed i suoi seguaci è la frequenza con cui lo zoster si manifesta in piccole poussées epidemiche specialmente in primavera: ciò si riconnette d'altra parte con la possibilità che questo zoster si accompagni a epidemie di varicella.

Dei rapporti tra zoster e varicella noi ci siamo a più riprese occupati, sia in un lavoro in collaborazione, sia ulteriormente in due contributi personali di uno di noi. Le nostre osservazioni cliniche ci indussero ad affermare che esiste in realtà uno «zoster varicelloso Bokay» e noi esponemmo tre casi in cui un herpes zoster infantile fu seguito dalla comparsa di varicella in bambini coabitanti dopo il classico periodo di incubazione di 14-17 giorni in condizioni ambientali particolarmente adatte a far escludere un contagio di varicella da altra causa. Pur riconoscendo che in alcuni dei casi della letteratura la coesistenza dello zoster e della varicella possono essere una semplice fortuita coincidenza (e citiamo a tale proposito di nuovo che anche a noi capitò di visitare nello stesso giorno in ambulatorio uno dopo l'altro un caso di zoster ed un caso di varicella in bambini che non avevano avuto tra di loro nessun rapporto) noi ci siamo affermati favorevoli alla tesi così detta unicista nel senso di ritenere che alcuni casi di herpes zoster possono essere il punto di partenza di epidemie di varicella e debbono quindi essere considerati come la conseguenza di una localizzazione del virus varicelloso nei gangli spinali: ora consultando la letteratura su questo zoster varicelloso si nota che in parecchi di questi casi furono notate piccole epidemie in cui diversamente si combinano i casi di zoster ed i casi di varicella in cui si possono osservare esempi di contagio similare di zoster intricati con casi di contagio dissimilare zoster-varicella (caso di Magda Frei (1), di Michaud (2). Viene quindi naturale chiederci conoscendo quanto sia contagioso il virus varicelloso — se nei casi di epidemie di zoster, nei casi di contagio diretto di zoster, non si tratti appunto di questo zoster varicelloso. Noi non crediamo ciò; già nei nostri precedenti lavori, citando quanto scrivono alcuni fra i più accesi unicisti ed in particolare Netter, l'abbiamo disapprovato, là dove egli giunse a chiedersi se esistano dei casi di zoster di altra causa che non sia la varicella: in essi noi abbiamo già esposti parecchi casi di zona osservati in bambini abitanti in comunità infantili (ospedale, colonia solare, educatorio) ed in cui lo zoster non fu eseguito da alcun caso di varicella: in ispecie interessante a tale proposito ci pare un nuovo caso osservato più recentemente di due bambini compagni di scuola e vicini di banco i quali contemporaneamente pre-

(1) MAGDA FREI. *Ueber die Beziehungen zwischen Herpes und Varicellen.* Jahrbuch fur Kinderheilkunde, n. 92, 1920.

(2) MICHAUD, A. LANNECHE et A. MARSET. *Epidémie de varicelle et de zona à la crèche de la Maison de Nanterre.* Société de Pédiatrie, seduta del 20 maggio 1924.

sentarono un tipico zoster della branca inferiore del trigemino (le fotografie dei due casi sono state presentate alla sezione piemontese della Società Italiana di dermatologia alla seduta del luglio c. a.) senza che nessuno in iscuola avesse presentato prima nè presentasse in seguito varicella. Ma se anche questo caso conferma la esistenza di uno zoster contagioso non varicelloso, basta esso aggiunto ai casi analoghi abbastanza rari in fondo, aggiunto all'argomento — come abbiamo visto esso pure discutibile — dell'immunità, aggiunto alla constatazione fatta da parecchi autori e da noi stessi della maggiore frequenza in alcune stagioni ed in alcuni periodi dei casi di zona a convincere dell'esistenza di uno zoster essenziale malattia a sè? Clinicamente non è possibile rispondere recisamente a questa questione, ma a noi pare in realtà che i casi di zoster essenziale vadano man mano diminuendo di frequenza quanto più e quanto meglio essi sono studiati e che in questa come in altre affezioni il termine « essenziale » o quello fratello suo « criptogenetico » altro non siano che comodi aggettivi creati ed usati per mascherare l'ignoranza di una eziologia che diverrà forse nota un giorno quando i casi saranno meglio studiati.

Si è cercato quindi di risolvere tale questione dell'esistenza dello zoster essenziale con le ricerche batteriologiche e biologiche rivolte allo scopo di trovarne il virus eziologico.

Trascurando di citare e discutere i diversi reperti microbici che i diversi autori ottennero ed identificarono come elemento causale dello zoster, dobbiamo per forza occuparci delle più recenti ricerche che tentano di giungere alla identificazione del virus zonatogeno attraverso al potere patogeno del liquido delle vescicole zosteriane e ai caratteri delle lesioni specialmente corneali ed encefalitiche che tale liquido produce in alcuni animali da laboratorio: anche di queste esperienze forzatamente noi non esporremo nè la tecnica, nè gli svariati discordi risultati ma solo accenneremo alle conclusioni:

Alcuni autori hanno creduto di trovare nel laboratorio la dimostrazione delle identificazioni dello zoster essenziale e della varicella: alcuni usarono a tale scopo la reazione di deviazione del complemento con cui usando un antigene preparato dalle croste dello zoster o della varicella ottennero risultati positivi con antigene varicelloso in pazienti di zoster e varicella; altri con esperienze ancora limitate inoculando epidermicamente e intradermicamente in bambini del liquido di vescicola zonatosa ottennero, ma non costantemente degli elementi molto simili all'elemento varicelloso. Ma tali esperienze sono le une e le altre criticabili, le prime perchè il valore della reazione di deviazione del complemento con tali antigeni è ancora discusso e discutibile, le seconde perchè tali esperienze finora limitate a pochi casi ed eseguite da un autore solo richiedono ulteriori conferme; come già affermammo altrove anche in tale questione dei rapporti tra zoster e varicella, l'unica parola sicura è quella della clinica, e questa ci dimostra che se esiste lo zoster varicelloso, questo non è tutto lo zoster e specialmente non si può con esso identificare il cosidetto zoster essenziale.

Altri autori ben più numerosi studiarono sperimentalmente i rapporti dello zoster dal punto di vista del suo virus con l'herpes febrilis e di essi alcuni identificando eziologicamente le due affezioni crearono il termine ed il concetto di « zoster herpeticus » (Luger e Lauda).

Il motivo per cui essi si credono in diritto di fare tale affermazione è l'esito di alcune esperienze di inoculazione del liquido delle vescicole di zoster in animali da laboratorio in cui alcuni autori ottennero lesioni che credettero di potere identificare con le lesioni ottenute sperimentalmente con l'inoculazione del succo delle vescicole dell'herpes febrilis e in cui credettero di trovare gli stessi elementi che in questi (Luger e Lauda). A parte la critica fatta da alcuni autori (Lipschutz) che in tali casi si trattasse non di zoster autentico ma di un « herpes zosteriformis »; la obbiezione maggiore è quella che verte sul valore di questi esperimenti e specialmente sul modo di interpretarli: l'esito di queste inoculazioni in cornea e sottodura con produzione di cheratite e di ecenfalite è lungi dall'essere costante e d'altra parte non è interpretato in modo univoco dai diversi autori. Bastai e Busacca, le cui originali esperienze sul virus dell'herpes febrilis sono certo fra le migliori e le più accurate su questo argomento, notando di aver avuto in tre casi di zoster con l'inoculazione del contenuto di vescicola in cornea e sottodura a conigli ed a un macaco esito costantemente negativo si affermano recisamente dell'opinione che lo zoster « conserva di fronte all'erpete comune la sua individualità clinica ed etiologica » e Doerr notando che lo zoster affezione a localizzazione prevalentemente cutanea in patologia umana, sperimentalmente non si può riprodurre negli animali per inoculazione cutanea, conclude che la questione della trasmissibilità dello zostervirus non è per nulla risolta e non si conosce ancora nessun metodo sperimentale sicuro per mettere in evidenza questo zostervirus.

Clinicamente poi se si investigano i rapporti che passano tra zoster ed herpes febrilis essi ci appaiono ben lontani dal confermare la conclusione di identificazione delle due affezioni.

A parer nostro, l'unica somiglianza fra le due forme è quella morfologica, ed anatomo-patologica della efflorescenza cutanea, ma con tale somiglianza contrastano tutti gli altri caratteri clinici che sono completamente discordi e specialmente la diversa localizzazione che in uno è esclusivamente dermotropa, nell'altro neurotropa, e la facilità a recidive dell'uno contrapposta alla rarità delle recidive dell'altro che abbiamo visto essere interpretata come immunità. Concludendo noi possiamo affermare che non esistono oggi argomenti sicuri che permettano di ammettere con sicurezza l'esistenza dello zoster essenziale, che ad ogni modo, se esso esiste, il suo virus è completamente ignoto e verosimilmente non ha nulla a che fare nè col virus varicelloso nè col virus erpetico.

*
* *

Accanto a questo zoster essenziale la maggior parte degli Autori discute con maggiore o minore intransigenza della esistenza di zoster sintomatici. Essi sono numerosi, quasi quanto lo sono le cause morbigene della patologia, ma noi ne prenderemo in considerazione soltanto alcuni, o perchè più frequenti, o perchè più interessanti, o perchè più noti a noi per esperienza personale.

Il primo da prendere in considerazione è lo zoster nell'encefalite, anche perchè la sua esistenza è stata da alcuni AA. discussa in merito ad un supposto rapporto tra virus encefalico e virus erpetico.

Dal punto di vista clinico sono stati descritti alcuni casi di encefalite con zoster e nella letteratura ne abbiamo potuti raccogliere 8 (1-2-3-4-5) uno dei quali, quello pubblicato da Medea, è stato da uno di noi personalmente osservato a Novara. Le ipotesi patogenetiche addotte a spiegazione di questa coincidenza sono state raccolte da Schaffir nella sua tesi e discusse ampiamente; la conclusione è che la spiegazione non può essere univoca per tutti i casi: per alcuni si deve pensare ad una coincidenza fortuita delle due affezioni come ad esempio il caso di Souques in cui lo zona comparve otto mesi dopo l'inizio dell'encefalite e forse anche il caso di Morel. Tapie et Laborde, caso di encefalite mioclonica preceduta da zoster, comparsa in un infermiere che proprio in quei giorni aveva curato un tubercolotico affetto da zona toracico. Ma per gli altri casi non esistono motivi per pensare ad una semplice coesistenza ed è molto più plausibile ammettere l'esistenza di un rapporto tra le due affezioni. Le due ipotesi che sono state emesse per spiegare tale meccanismo di dipendenza sono le stesse addotte in tutti i casi di zoster sintomatico e cioè: dipende lo zona in tali casi dalla localizzazione radiculo ganglionare del virus della malattia tossi-infettiva in questione (e quindi in questi casi del virus encefalitico) oppure questi diversi virus fissandosi nel ganglio rachideo non fanno altro che crearvi una condizione favorevole all'attecchimento e all'esaltamento in esso del virus zonatogeno? Appunto perchè tale questione non è esclusiva dello zoster encefalite ma è comune a tutti gli zoster sintomatici noi ne rimandiamo la trattazione dopo aver ricordato altri tipi di zoster sintomatici.

Tra di questi prenderemo ora in considerazione lo zoster traumatico. I casi raccolti nella letteratura relativi a zoster insorti in conseguenza ed in corrispondenza dei traumi più diversi agenti sull'asse cerebrospinale sono ormai numerosissimi e per essi rimandiamo al recente e completo lavoro di Thibièrge (1) il quale conclude non potersi assolutamente mettere in dubbio l'azione patogena del traumatismo, e tra le diverse spiegazioni citate propende per ammettere che il traumatismo possa di per sè essere la causa totale ed esclusiva dell'affezione.

In contrapposizione a questa concezione sta quella che ritiene che il traumatismo altro non faccia che fissare nei gangli traumatizzati il virus zonatogeno specifico. Tale contrasto d'opinione lo troviamo ancora recentemente nella discussione svoltasi nel 1924 (2) alla Gesellschaft fur Inn. Med. und Kinderheil di Vienna tra Arnstein che

(1) SOUQUES. *Zona double à la suite d'une encéphalite léthargique. Zona ou eruption zosteriforme.* Revue neurologique, décembre 1920, p. 1208.

(2) BEUTTER. *Coincidence d'encéphalite myoclonique et de zona.* Société des sciences médicales de Saint-Etienne, 21 avril 1920. Loire médicale, mai 1920, pag. 232.

(3) MOREL, J. TAPIE et H. LABORDE. *Encéphalite épidémique à type myoclonique consécutive à un zona.* Société médicale de Paris, 23 mars 1923, pag. 493.

(4) A. NETTER. *Eruptions zostériennes dans l'encéphalite léthargique.* Bull. et mém. de la Société médicale des hôp., 30 juin 1922, pag. 1019.

(5) J. SCHAFFIR. *Encéphalite léthargique et zona.* Thèse de Toulouse, 1922-23, n. 70. Fournier, editore.

(1) THIEBIÈRGE. *Sur le zona traumatique.* Gazette des hôpitaux, 4 et 6 décembre 1922, pag. 1552.

(2) A. ARNSTEIN. *Demontration eines Falles von Herpes Zoster im Bereiche des X Dorsalsegmentes, der sich im Anschluss von einen gleichseitigen Nierenfork entwickelte.* Gesellschaft für inn. Med. und Kinderheilkunde. Seduta dell'8 maggio 1924.

presentando un caso di zoster consecutivo ad un infarto renale, si manifestava favorevole a considerare lo zona come malattia dovuta ad uno zoster-virus specifico ed i traumatismi come fattori predisponenti e Luger che considera lo zoster come una sindrome avente tra le molte possibili eziologie anche quella traumatica.

Noi abbiamo osesrvato tre casi di zoster traumatico: in uno si trattava di una bambina di 9 anni che il 24 dicembre 1922 fu travolta da una carrozza e riportò una vasta ecchimosi alla regione ipocondrica e glutea di sinistra. Dopo tre giorni comparve un tipico zoster in corrispondenza dell'11° e 12° metamero dorsale di sinistra e questo caso fu da uno di noi citato e discusso come esempio di zoster non varicelloso, poichè abitando questa bambina assieme a 150 ragazzi in un educatorio nessuno di questi presentò successivamente varicella. Il secondo caso si riferisce ad un mugnaio di Tortona il quale, essendo un giorno caduto con un sacco in spalla, riportò una contusione alla regione lombare per cui fu ricoverato in Ospedale. Il giorno successivo alla caduta cominciò a lamentare dolori nevralgici all'emitorace destro ed ivi, in seguito, in corrispondenza al 9° e 10° metamero dorsale si ebbe l'insorgenza di uno zoster.

Il terzo caso, sul quale invero permane il dubbio se si tratti di zoster traumatico o tossico si riferisce ad un individuo luetico il quale in seguito ad una iniezione di calomelano ebbe un'ampia efflorescenza di zoster a localizzazione lombo addominale. Noi riferiamo qui questo caso perchè crediamo che sia in esso da escludere l'influenza della lue per l'essenza di ogni sintomo di lesioni nervose, trattandosi di un'infezione sifilitica recente nel periodo di seconda incubazione e perchè parimenti crediamo sia da escludere l'influenza del fattore tossico del mercurio, essendo lo zoster insorto il giorno successivo all'iniezione, prima cioè dell'inizio dell'assorbimento del calomelano.

Entrando nel campo degli zoster attribuiti a malattie tossi-infettive, ci troviamo di fronte ad un gran numero di intossicazioni (alcool; ossido di carbonio, morfina, piombo, mercurio, arsenobenzolo, bismuto, uremia) di malattie infettive acute e croniche (parotite, polmonite, pertosse, corea, reumatismo, sifilide, tubercolosi, ecc.) che dai diversi autori sono state messe in rapporto con l'insorgere di contemporanei zoster. Dei rapporti tra zoster e sifilide, uno di noi ha trattato esaurientemente in un lavoro di contributo personale e di discussione critica riferendosi a 6 casi di zoster comparsi in luetici. Rimandando ad esso per tutto ciò che riguarda la letteratura e le diverse ipotesi patogenetiche, qui ricorderemo soltanto come in esso, a conferma dei già notati rapporti tra localizzazione nervosa della lue e insorgenza di zoster si nota come in tutti i sei casi di zoster in luetici esistevano manifestazioni nervose (meningite sifilitica secondaria, tabe, paralisi progressiva) diagnosticate sia dal punto di vista clinico che dall'esame del liquido cefalo-rachidiano, come in tutti questi casi l'eruzione zosteriana corrispondesse o all'iniziarsi della sintomatologia nervosa, o ad un esacerbarsi di essa ed è anzi riferito un caso di zoster recidivante in cui il ripetersi in sede diversa dell'eruzione fu accompagnato dal riapparire di sintomi cerebro-spinali che erano già scomparsi in conseguenza della terapia specifica.

Le relazioni esistenti tra zoster e tubercolosi sono meno note e meno ammesse di quelle tra zoster e sifilide e l'opinione che un certo numero e, per alcuni autori, un gran numero degli zoster apparentemente essenziali dipende da una infezione tubercolare più o meno latente è rimasta limitata ad alcune scuole prevalentemente francesi. In particolare sono da prendere in considerazione i lavori di Barbier, di Loeper, di Gougelet i quali studiarono le relazioni tra zoster ed episodi meningei transitori e curabili nei fanciulli e negli adolescenti tubercolotici. Gougelet, in una tesi ispirata da Barbier, Mauriac e Schinazi nella sua tesi ispirata da Mauriac, studiavano più a fondo questi rapporti svolgendo il concetto che nei tubercolotici lo zona è frequente ed è forse dovuto ad una localizzazione di meningo-radiculo-ganglionite specifica quale espressione di una particolare localizzazione di una meningite tubercolare a placche (1).

Noi non abbiamo esperienza personale su questi pretesi rapporti, tra zoster reazioni meningee curabili e meningite tubercolare vera e propria.

---

(1) H. BARBIER et C. LIAN. *Le zona accident tuberculeux sécondaire ou cliniquement primitif.* Progrès médical, n. 30, 29 juillet 1911.

M. LOEPER. *Ganglio-radiculite zostérienne tuberculeuse.* Progrès médical, n. 30, 29 juillet 1911.

H. BARBIER et J. GOUGELET. *Des épisodes méningés tuberculeux curablès.* Archives de médecine des enfants, n. 4, t. XV, avril 1912, p. 241.

SCHREIBER. *Zona intercostal croisé consécutif a une pleurésie tuberculeuse avec épansement.* Archive de médecine dens enfants, 1922, juin, n. 6.

JEAN GOUGELET. *Des épisodes méningés tuberculeux curables chez les enfants.* Thèse de Paris, 1911, Jouve, éd.

SABATINO SCHINAZI. *États méningés curables à lymphocytose rachidiennes de cause indéterminé.* Thèse de Bordeaux, 1918-10, n. 48, Ceronde, editore.

Abbiamo bensì potuto osservare qualche caso di zoster comparso in tubercolotici adulti con lesioni polmonari evolutive, ma non abbiamo mai osservato nei nostri casi un'evoluzione simile a quella esposta da Barbier e Gougelet e dobbiamo perciò essere personalmente molto prudenti circa le relazioni tra zoster e tubercolosi.

Concludendo, noi osserviamo questo fatto: che nelle infezioni e nelle intossicazioni sia acute che croniche si può notare la presenza di zoster e che questo zoster è molte volte in rapporto con lesioni meningee: infatti sia nella sifilide abbiamo notato la frequenza per non dire la costanza di lesioni meningo-nervose nei malati che presentano zoster, sia nei tubercolotici lo zoster pare accompagnare o precedere non di rado una localizzazione specifica meningea più o meno diffusa, più o meno grave. Ciò è di facile spiegazione: lo zoster è anatomicamente una lesione del ganglio spinale e per i rapporti anatomici di questo con le meningi è logico:

1) che nello zoster esista una reazione meningea che se non si traduce clinicamente (ciò che si spiega facilmente poichè i così detti sintomi clinici meningei non sono dovuti alle lesioni meningee in sè ma alle lesioni parenchimatose sottostanti, e specialmente alle lesioni corticali dell'encefalo e alle lesioni radicolari dei nervi spinali) si manifesta con la quasi costante modificazione del liquor;

2) che nel corso di una meningite sifilitica possa essere leso dal processo sifilitico stesso, specialmente durante una sua recrudescenza, un ganglio spinale e quindi possa apparire uno zoster;

3) che in un tubercolotico si possa avere una ganglio-radicolite tubercolare la quale in qualche caso può, estendendosi, determinare una meningite tubercolare diffusa.

Ma il punto invece su cui veramente si dibatte la questione e su cui dobbiamo soffermarci è quello relativo all'entità di questi zoster così detti sintomatici. Esiste uno zoster essenziale? e se si ammette questo, nei così detti zoster sintomatici (traumatici, luetici, ecc.) si tratta di una lesione direttamente traumatica, luetica, ecc., del ganglio spinale o non si tratta piuttosto sempre di una localizzazione dell'ignoto virus specifico dello zoster essenziale, il quale sarebbe chiamato sul ganglio spinale dal trauma, dalla sifilide nervosa, o dalle altre azioni tossi-infettive le quali agirebbero come fattore predisponente?

Tale questione ha sempre presentato e presenta tutt'ora delle difficoltà tali da non poter rispondere ad esse con sicurezza. Oggi si nota una tendenza a tentare di risolvere il problema dal punto di vista biologico. Noi abbiamo già antecedentemente discusso il valore di queste ricerche sui virus erpetici e davanti ai risultati così discordi dei diversi sperimentatori, ognuno dei quali è convinto di avere egli solo trovato il virus erpetico, noi non crediamo che queste ricerche estese al virus zonatogeno abbiano finora risolta la questione della natura dello zoster: accanto a questa ambiguità e dubbiezza dei reperti sperimentali ci pare che molto più probativi siano i reperti clinici e le indubbie constatazioni dei diversi tipi di zoster sintomatici a cui abbiamo accennato. Lo zoster varicelloso in ispecie ha il vantaggio di offrire una sperimentazione umana, molto più convincente della sperimentazione su animali. Esso ci dimostra che un certo numero di zoster sono varicellosi, dipendono cioè dalla localizzazione sul ganglio spinale del virus della varicella, ed i nostri casi hanno contribuito a mettere ciò in evidenza; ma altri casi dimostrano in modo parimenti indubbio che esistono degli zoster non varicellosi. Ora negli altri casi di zoster in cui esiste un rapporto cronologico e topografico diretto tra traumatismo e zoster, tra localizzazione nervosa della sifilide e zoster, tra encefalite epidemica e zoster, perchè non possiamo noi ammettere un'azione egualmente di questi fattori (trauma, sifilide, encefalite) sui gangli spinali? Perchè il ganglio spinale dovrebbe avere in patologia umana la prerogativa di una morbilità così univoca, da poter ammalare solo quando sia leso da un unico virus specifico? Perchè non ammettere che esso possa reagire con una reazione morfologicamente e clinicamente sempre uguale alle più svariate lesioni? Noi vorremmo paragonare lo zoster alla paralisi facciale periferica; anch'essa è una sindrome clinica sempre uguale come sintomatologia ma che riconosce eziologicamente cause diversissime dipendendo da qualsiasi lesione che agisce sul ganglio o sul nervo sia essa reumatica o sifilitica, tumorale o traumatica.

Con ciò noi non vogliamo escludere la possibilità dell'esistenza di alcuni fattori predisponenti, generici o specifici, i quali attraverso un'azione o sul sistema nervoso generale, o sul sistema nervoso simpatico o direttamente sui gangli spinali favoriscono il localizzarsi su questi delle diverse cause da cui può dipendere l'eruzione zosteriana.

A tale proposito uno di noi ha già messo in evidenza nei casi pubblicati di zoster varicelloso, questa predisposizione, osservando come nei suoi tre casi, in uno esisteva una corea, nel secondo una lesione simpatica traducentesi in una te-

leangectasia vasoparalitica sistematizzata proprio in corrispondenza ai metameri dove poi doveva comparire lo zoster, nel terzo una sindrome enterocolitica da squilibrio vago-simpatico. Ma noi riteniamo che tale ruolo predisponente non debba estendersi come vogliono alcuni autori far ritenere che lo zoster sia sempre un'affezione essenziale specifica e che le lesioni e le malattie coesistenti altro non siano che semplici fattori predisponenti; noi riteniamo che accanto allo zoster essenziale sulla cui esistenza e sulla cui frequenza non si può ancora nulla affermare di preciso, esistano degli zoster sintomatici dovuti a tutte le cause traumatiche tossiche o infettive che possono ledere il ganglio spinale.

Noi abbiamo finito, e per difenderci, a chi vorrà obiettare a noi l'esagerato concetto clinico che guida queste nostre considerazioni, risponderemo citando quanto a tale proposito dicono i fondatori dello studio anatomico dello Zoster. Head e Campbell, i quali affermano che le modificazioni istologiche da essi riscontrate nei gangli non hanno nulla di specifico, ma rivestono i caratteri di un'affezione infiammatoria banale.

BIBLIOGRAFIA.

L'amplissima letteratura sopra la parte clinica dello zoster si può trovare in gran parte riassunta nei nostri lavori:

FORNARA e ARTOM. *Contributo alla questione dei rapporti tra Herpes Zoster e varicella.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 20 aprile 1924, p. 263.

P. FORNARA. *Considerazioni sui rapporti tra Herpes Zoster e varicella.* Rinascenza Medica, 15 maggio 1925.

M. ARTOM. *L'Herpes Zoster dei sifilitici.* Giornale Italiano di dermatologia e sifilologia, 1925, n. 3.

Per le ricerche sul virus erpetici e in particolare sul virus zonatogeno:

R. DOERR. *Ergebnisse der neueren experimentellen Forschungen über die Aetiologie des Herpes simplex und des Zoster.* Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1924-1925, Bd. XIII, H. 9, Bd. XV, H. 1/2-3/4-5/6, Bd. XVI, H. 8/9.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO - ROMA.
REP. CHIRURGICO diretto dal prof. CESARE ANTONUCCI.

Frattura diacondiloidea dell'omero sinistro con spostamento non comune del frammento

per il dott. ALFREDO CELIBERTI, assistente.

La radiografia ha potentemente rischiarato il capitolo delle fratture dell'estremità inferiore dell'omero mostrando l'estrema rarità d'un gran numero di varietà di fratture che una volta ingombravano i trattati classici.

Dalle statistiche addizionate di Judet, Kocher, Destot e Trèves, risulta che su 511 fratture del gomito 214 sono rappresentate dalle sopracondiloidee, 128 da quelle del condilo esterno, 89 da fratture dell'epitroclea.

Vengono poi le fratture rare; quelle a T che non si osservano quasi mai presso il fanciullo, raramente nell'adulto; indi le fratture del condilo interno — due casi in tutto — e gli scollamenti epifisari che occupano un posto un poco più importante delle precedenti — 13 casi.

L'ammalata caduta sotto la nostra osservazione ha presentato appunto una di queste fratture non comuni dell'estremità inferiore dell'omero sinistro. Ma più che la rarità della frattura ha richiamato la nostra attenzione lo spostamento del frammento non registrato sia nei trattati che nelle riviste che ho potuto consultare. Abbiamo creduto perciò opportuno segnalarlo agli studiosi.

*
* *

Come si potrà notare dalle radiografie annesse e dalla cartella clinica, che più sotto riporto, la nostra inferma ha avuto una tipica frattura diacondiloidea — frattura diacondiloidea di Kocker — designata da Tanton come « scollamento condilotrocleare, scollamento subtuberositario o disgiunzione epifisaria intraarticolare ».

Qualunque sia il nome che a questa varietà di frattura voglia darsi (anche Tanton ammette trattarsi più che di uno scollamento quasi sempre di frattura) è stabilito che la linea di rottura traversa i condili dell'omero lungo la cartilagine di accrescimento o dove questa esisteva, al disotto degli epicondili, un po' obliqua (1) dall'alto in basso e da fuori in dentro e termina all'indentro a livello del cono diafisario che li separa dall'epitroclea.

(1) Secondo KOCKER la linea di fr. è nettamente trasversale; secondo TANTON è molto obliqua.

W. Smitt ha descritto questa varietà di frattura nel 1850. Farabeuf e Kocker l'hanno studiata e ne hanno delucidato il meccanismo. Poland ne riporta sei casi; Broca sei di cui uno con reperto operatorio.

Secondo Tanton si osserva prevalentemente dai 12 ai 15 anni. La nostra paziente ne aveva invece 18 compiti. Boulgakoff ha raccolto 7 osservazioni presso fanciulli di 4, 6 e 7 anni. Non mi fermerò ad illustrare i meccanismi che possono provocare simile lesione — caduta sul gomito flesso ad angolo acuto; urto trasmesso dal radio davanti in dietro alla massa condiloidea esterna in una caduta sulla palma della mano; oppure combinazione dei due meccanismi —, nè stimo opportuno riportare l'anatomia patologica della lesione e prendere in esame le possibili combinazioni con altre lesioni concomitanti.

Qualsiasi spostamento del frammento può mancare o quando esiste per lo più è posteriore e si compie con un movimento di cerniera sul suo bordo posteriore. Questo movimento può essere tale che la faccia posteriore del frammento diviene orizzontale (Broca). Smitt ha visto il frammento trasportato in totalità in dietro. Fowler avrebbe osservato uno spostamento dell'epifisi in avanti, però in uno scollamento totale dell'epifisi omerale inferiore.

Nella nostra ammalata si è verificato invece uno spostamento anteriore e verticale del frammento con la superficie di frattura addossata alla faccia anteriore dell'estremità inferiore dell'omero.

Nella storia clinica, nelle radiografie e nel reperto operatorio si troveranno gli altri dati riferibili alla nostra ammalata.

Entrata il 1° gennaio 1925.

F. G., di anni 18, contadina, non maritata. Genitori sani. Un fratello è morto in guerra; una sorella è morta per scarlattina nel 1924.

Mestruata a 13 anni. Perdite periodiche sempre regolari: durano 3-4 giorni, non abbondanti.

A sei a. scarlattina e nefrite.

A tredici a., nel 1920, reumatismo articolare acuto persistente attraverso le ricadute per circa quattro mesi.

Nei primi tre mesi della malattia non fece cure diaforetiche; indi cominciò a prendere preparati salicilici e migliorò rapidamente.

Il 6 dicembre 1924 è caduta da un albero da circa due metri di altezza battendo col gomito sinistro flesso al suolo. Ebbe subito gonfiore dell'articolazione accompagnato da dolori intensi per dieci giorni. Non è stata più in condizioni di compiere con l'arto leso alcun movimento spontaneo.

Non si è fatta mai visitare da medici. Si affidò ad una comare del paese che per cinque giorni le fece pennellazioni di tintura di iodio e applicazioni topiche di chiari d'uova.

Non notando miglioramento si è fatta accompagnare a Roma.

Attualmente — 1° gennaio 1925 — accusa dolori spontanei al gomito sinistro e impossibilità dei movimenti nell'articolazione lesa.

E. O.: 1° gennaio 1925.

Condizioni generali discrete. Lieve cianosi delle labbra, modica dispnea nel decubito orizzontale.

App. respiratorio, nulla di notevole.

App. circolatorio. Punta nel quinto spazio sull'emiclaveare. Il cuore deborda a destra dello sterno di circa mezzo cent. Sulla parasternale di sinistra l'ottusità cardiaca raggiunge il 2° spazio.

Fremito presistolico sistolico sulla punta e sul centrum cordis. All'ascoltazione sulla punta rumore di soffio sistolico diastolico con crescendo presistolico che si propaga all'ascella e sugli altri focolai dove tuttavia è meno accentuato.



FIG. 1. — Radiografia gomito sin. prima dell'intervento. Il frammento condilo-trocleare è situato anteriormente all'epifisi inferiore dell'omero, condilo in alto, troclea in basso.

Sulla polmonare primo tono soffiante, secondo forte, a volte sdoppiato.

Azione cardiaca irregolare per extrasistoli.

Polso 104 al minuto — aritmico per extrasistoli, a pressione piuttosto bassa.

Addome trattabile.

Fegato. Margine sup. IV spazio; non deborda dall'arcata.

Milza: non si palpa.

Apparato locomotore. Arti superiori.

Avambraccio sinistro, in flessione sul braccio a circa 90 g. Impossibili i movimenti spontanei di flessione e di estensione dell'avambraccio sinistro sul braccio, tranne per un'ampiezza molto limitata. I movimenti di pronazione e supinazione

si compiono normalmente e non sono dolorosi. Movimenti anormali di lateralità possibili e dolorosi. Il gomito sinistro è leggermente tumefatto in toto. Sulla cute della regione interna del braccio,



FIG. 2. — Il frammento condilo-trocleare asportato.

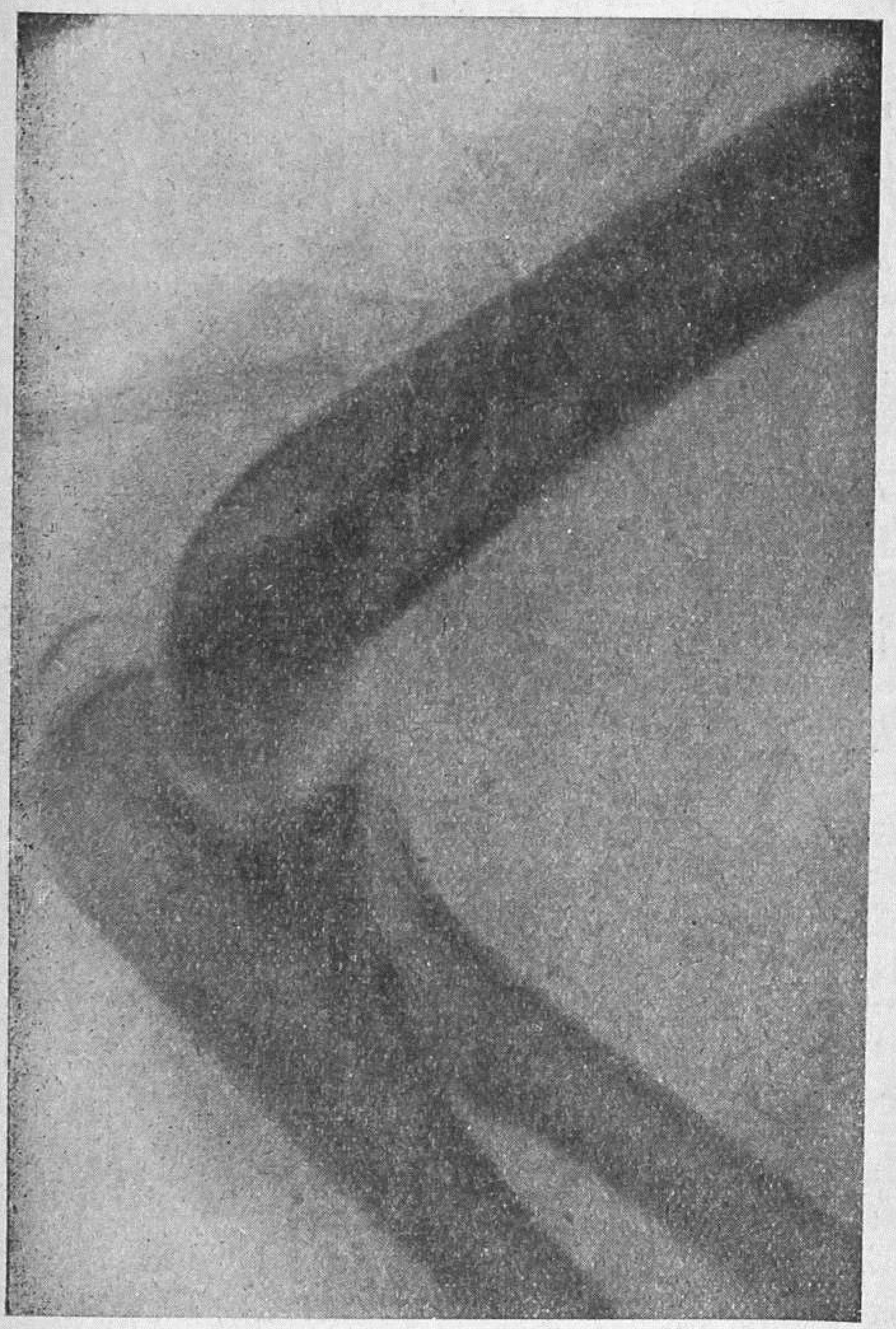


FIG. 3. — Radiografia gomito sin., a 26 giorni dall'intervento. Posizione laterale.

nel terzo inferiore ecchimosi in via di regressione. Palpando nella faccia anteriore dell'articolazione del gomito sinistro si nota una tumefazione della grandezza di una noce disposta con il diametro maggiore in senso verticale, a superficie un po' irregolare, dura e che sembra faccia parte della estremità inferiore dell'omero. A causa della tumefazione del gomito e della posizione obbligata dell'avambraccio non è possibile paragonare i rapporti intercorrenti tra apice dell'olecrano, epitroclea ed epincondilo di un lato con quelli dell'altro lato.

La pressione riesce dolorosa sulle faccie laterali del gomito.

Misurazioni. Arti superiori.

Lunghezza: Acromion apofisi stiloide del radio: a sin. cm. 51; a dest. cm. 52.

Lunghezza: Acromion olecrano: a sin. cm. 27; a dest. cm. 28.

Lunghezza: Olecrano apofisi stiloide del radio: a sin. cm. 24; a dest. cm. 24.

Radiografia gomito sinistro (vedi riproduzione delle lastre).

Operazione: prof. ANTONUCCI, 5 gennaio 1925.

Anestesia del plesso brachiale sinistro, metodo sopraclavicolare: non sufficiente. Narcosi eterea regolare, incisione medialmente al rilievo del bicipite, alla piega del gomito. Si entra nella loggia muscolare anteriore. Spostando il fascio neuro-vascolare e i muscoli si scopre il frammento osseo il quale risulta essere omerale (condilo e troclea) completamente distaccato, spostato in avanti in senso longitudinale, condilo in alto e troclea in basso. Detto frammento aderisce alla faccia anteriore dell'omero per neoformazioni ossee. Esso è contenuto in parte nella capsula articolare e in parte in uno scollamento periosteo della faccia anteriore dell'omero che si aprono. Lo si distacca con lo scalpello e lo si asporta; la neoartrosi è perfetta; la estensione e la flessione si compiono adesso normalmente. Riposizione dei muscoli, chiusura della loggia aponeurotica in catgut, cute in catgut. Fasciatura semplice.

Otto giorni dopo l'intervento venivano iniziati i massaggi all'arto sup. sin. e i movimenti sia attivi che passivi dell'articolazione del gomito sinistro. A fine gennaio 1925, a 26 giorni di distanza dall'operazione, la paziente era dimessa dal reparto in condizioni di poter compiere la flessione e l'estensione dell'avambraccio quasi come normalmente. I movimenti di lateralità erano scomparsi.

Anche l'esame radiografico eseguito un giorno prima che fosse dimessa dall'ospedale dimostra che l'estremità inferiore dell'omero sinistro s'è rimodellata ripetendo nella sua linea articolare le immagini del condilo e della troclea.

Roma, febbraio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

(1) BROCA. *Chirurgie infantile*, G. Steinheil, Paris, 1914.

(2) *Chirurgia degli organi di movimento*. Ann. dal 1917 al 1924.

(3) FOWLER. Brooklyn Surg. Jour., 1898, cit. in TANTON.

(4) *Encyclopédie internationale de Chirurgie*, IV vol. *Os et articulations*. Baillières, Paris, 1885.

(5) KOCKER. *Les fractures de l'Humérus et du Fémur traduit de l'Allemand par le dr. L. Senn.* F. Alcan, Paris, 1904.

(6) JUDET. *Traité des fractures des membres*. Maloine, Paris, 1913.

(7) LAMBOTTE. *Chirurgie opératoire des fractures.* Masson, Paris, 1913.
(8) LEWIS A., STIMSON. *A pratical treatise on Fractures and dislocations.* Lea & Febiger, New York & Philadelphia.
(9) A. MOUCHET. *Chirurgie réparatrice et ortopédique.* Masson, Paris, 1920.
(10) SPEED. *Fractures and dislocations.* Lea & Febiger, New York-Philadelphia.
(11) TANTON. *Fractures. Fractures en général. Fractures du membre supérieur.* Baillière, Paris, 1915.
(12) TESTUT-JACOB. *An. Topografica.* V. II, U.T.E.T., 1922.

OSPEDALE CIVILE DI SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ACHILLE FRANCHINI.

Caso di rottura spontanea di voluminoso sacco erniario crurale con fuoriuscita di anse intestinali.

Dott. PASCUCCI FERRANTE, assistente.

L'interesse della presente comunicazione deriva non solo dalla rarità dell'evenienza della rottura spontanea del sacco erniario, ma credo dalla unicità del caso: infatti, per quante ricerche abbia fatto nella letteratura riguardante la patologia dell'ernia, non mi è stato possibile trovare menzione di un caso simile; nè alcuna indicazione ho potuto avere da quanti sono stati da me in proposito interrogati.

Si tratta di certa P. Maria, di anni 83, di Santarcangelo, nubile, mendicante. Di notevole nell'anamnesi è da rilevare il fatto che il 3 giugno 1914 veniva ricoverata in ospedale con diagnosi di ernia crurale destra strozzata. Tre giorni prima era stata colta da una violenta colica intestinale con vomito insistente divenuto fecaloide. Dal prof. Franchini fu praticata l'erniotomia col metodo Novaro e fu necessaria la resezione di 25 cm. di intestino cancrenato con successiva enterorafia termino-terminale. Si ebbe guarigione per seconda e la paziente uscì dall'ospedale dopo circa 20 giorni completamente ristabilita.

Successivamente, e il quando non ho potuto stabilire, l'ernia recidivò. Dapprima comparve sulla linea di cicatrice una intumescenza riducibile della grossezza di una noce, dopo qualche tempo a lato di questa un'altra ne comparve irriducibile, poi queste due intumescenze confluirono, la porta d'ernia andò gradatamente aumentando fino a determinare la formazione di un tumore erniario di notevole volume.

Da qualche anno la paziente si trovava in queste condizioni senza risentire disturbi degni di nota quando la sera del 19 febbraio c. a. mentre, seduta sulla sponda del letto, si spogliava per coricarsi, improvvisamente senza avvertire alcun dolore, senza la determinante di alcuno sforzo apprezzabile (non ricorda nemmeno di aver tossito) avvertì uno scatto in corrispondenza del tumore erniario ed un senso di freddo e di bagnato lungo gli arti inferiori. Sollevata la camicia si accorse che un'ansa intestinale, fuoriuscita dal sacco, le giaceva in grembo. Da vicini accorsi fu prontamente chiamato il prof. Franchini, che alla visita d'urgenza riscontrò la lacerazione del fondo del sacco erniario con fuoriuscita di un'ansa del tenue, già arrossata, con segni di flogosi attiva del peritoneo di rivestimento.

Provveduto alla meglio con una medicatura di protezione viene trasportata l'inferma in ospedale dove si constatò che l'ansa del tenue fuoriuscita cominciava a mostrare delle striature di essudati fibrinosi, segno evidente che si era già stabilita una infezione dell'ansa.

Praticate due incisioni laterali sulla breccia spontaneamente formatasi nel sacco, si provvide ad una buona detersione delle anse dell'intestino e dell'estremo inferiore del sacco erniario aperto, rinunciando a qualsiasi tentativo di riduzione in massa dell'ernia nella cavità addominale e provvedendo soltanto a ricollocare l'ansa fuoriuscita nella sua posizione.

Per contenervela fu necessaria una breve sutura a borsa di tabacco comprendente gli involucri del sacco, non senza porre un drenaggio di garza al iodoformio le cui estremità furono lasciate fuoriuscire dall'apice del sacco ricostituito.

Il mattino successivo si ebbe un tentativo di peritonite generale: la temperatura salì a 38.8, il polso divenne piccolo e frequente, l'addome teso, si ebbe singhiozzo e vomito. In seconda giornata, pur permanendo, questi fatti si attenuarono ed in terza giornata la temperatura scende a 37.2 al mattino e 38 alla sera, il vomito è cessato, il polso è più valido e meno frequente, l'addome trattabile. Si può ormai considerare scomparso il pericolo di una peritonite generalizzata quantunque fra la cute del tumore erniario ed il peritoneo del sacco si sia fatto strada un processo suppurativo tale da rendere necessarie alcune incisioni raggiate per dare esito all'abbondante pus. Si applicano drenaggi di garza iodoformica ed impacchi alcool-fenicati. In 10 giorni il processo suppurativo è spento e le ferite si lasciano lentamente cicatrizzare.

Un successivo intervento operatorio radicale viene sconsigliato dal fatto che ormai cute, peritoneo del sacco ed anse intestinali ivi contenute formano tutto un blocco aderente, assolutamente irriducibile. Si consiglia una fascia contentiva, fiduciosi che questa in una con le aderenze contratte sia barriera sufficiente al ripetersi del fatto che abbiamo dovuto lamentare.

Per trovare ora la determinante della rottura spontanea del sacco mi pare che nel caso attuale ci si debba necessariamente riferire alle condizioni anatomiche locali della paziente. Nel nostro caso infatti si tratta di ernia crurale voluminosa recidivata in una donna di 83 anni con tessuti quindi già di per se stessi di scarsissima resistenza. Il nuovo sacco, rotta la barriera chirurgica dell'aponeurosi del pettineo suturato all'arcata di Poupart, ha, sotto la spinta dei visceri addominali, in un primo tempo, allargata per quanto era possibile la porta d'ernia, poi necessariamente la pressione ha dovuto eserci-

tarsi sui tessuti antistanti all'apice del sacco, tessuti che in questo caso erano rappresentati dalla sola cute, dovendosi, credo, escludere anche l'aponeurosi superficiale per il fatto che durante il primo intervento operatorio per necessità non era stata possibile la completa sutura. La cute stessa in questo punto era rappresentata da un tessuto di cicatrice che sappiamo molto meno resistente del normale. La continua e sempre più forte pressione su questo tratto aveva determinato un assottigliamento tale dell'apice del sacco e del tessuto cicatriziale antistante, che direi quasi velamentoso, cosicchè in un momento di maggior pressione, provocato forse da un movimento di flessione del tronco che ha impedito di rientrare nell'addome alle anse intestinali contenute nel sacco, questi è scoppiato.

Sant'Arcangelo di Romagna, giugno 1925.

N. B. — Questa nota è stata comunicata nella seduta del 10 maggio 1925 della Società Medico-Chirurgica Romagnola in Faenza.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sul Batteriofago di D'Hérelle.

Dott. A. ALESSANDRINI.

Werner von Siemens nel 1891 aveva prospettata la possibilità che i germi patogeni potessero esser soggetti a turbe infettive che non solo ostacolano il loro sviluppo, ma che li distruggono.

Queste turbe infettive, secondo Werner von Siemens, sarebbero provocate da esseri viventi di dimensioni ultramicroscopiche che parassiterebbero i microbi visibili. Questa ipotesi rimase isolata e fu ritenuta una eresia perchè parve allora paradossale e assurdo ammettere che nei microbi, come negli organismi superiori, si potesse parlare di malattie contagiose!

Ebbene, la scoperta fatta da D'Hérelle nel 1917 del *batteriofago*, la quale si può a buon diritto ritenere la più importante nel campo della microbiologia contemporanea, non fa che confermare quanto aveva supposto Werner von Siemens.

Il batteriofago è un ultramicrobo che attacca germi vivi; esso si comporta come l'agente di una malattia trasmissibile e contagiosa dei microbi; sotto la sua influenza i batteri sono come distrutti da una epidemia; sono uccisi per lisi.

Intorno a questo sorprendente fenomeno biologico, che è giusto chiamare *fenomeno di D'Hérelle*, essendo egli stato il primo a studiarlo a fondo e a comprenderne tutta l'immensa portata, in breve volger di anni si è venuto accumulando una quantità enorme di notizie, di dati, di osservazioni e di ricerche.

È un campo nuovo che viene giornalmente investigato ed esplorato e ormai un buon numero di conoscenze su questo ultramicrobo sono ben chiarite, accertate e confermate.

D'Hérelle sin dal 1921 aveva riunito in un interessantissimo volume (*Le Bactériophage: son rôle dans l'immunité.* Masson, Paris, 1921) tutte le conoscenze acquisite sin da allora sull'argomento, cui seguì nel 1922 la traduzione tedesca del Pfreimbter, Sell e Pistorius.

Rigobello nel 1923 ha pubblicato un bel volume (*Il Batteriofago.* Pavia, Tip. Cooperativa, 1923) critico e sperimentale ove sono descritte e documentate le ricerche che questo autore ha eseguite in proposito.

Di questi giorni è uscito un volume di Paul Hauduroy, del quale sono ben noti i lavori sulla lisi microbica trasmissibile in serie, che riassume in maniera piana e precisa tutto ciò che sino ad oggi è stato fatto sul batteriofago. Il volume dal titolo *Le Bactériophage de D'Hérelle*, edito dalla « Librairie Le François », Paris, 1925, è presentato agli studiosi con una suggestiva prefazione del prof. Bezançon.

Paul Hauduroy ha saputo sintetizzare egregiamente e con mano maestra in non molte pagine tutto quanto è stato detto e scritto sino ad oggi sul batteriofago, per cui il lettore oltre a farsi una idea ben chiara in che consista la lisi batteriofagica è messo rapidamente al corrente della questione.

L'autore, dopo aver fatta la storia della scoperta della lisi trasmissibile in serie, descrive con molti dettagli il fenomeno di D'Hérelle e le proprietà del batteriofago. Di poi passa alla discussione della natura del principio litico, venendo alla conclusione che l'unica ipotesi sostenibile è quella già emessa e sostenuta da D'Hérelle, che si tratti cioè di un ultramicrobo parassita dei microbi.

Un capitolo molto importante è quello in cui l'Hauduroy tratta delle applicazioni terapeutiche del batteriofago nelle malattie infettive dell'uomo e degli animali e i risultati ottenuti che sono in molti casi brillantissimi.

A questo proposito sia lecito ricordare che lo scrivente e il dott. Doria sono stati i primi in Italia ad occuparsi della terapia batteriofagica nel tifo addominale e ne hanno studiata l'azione e le proprietà curative, fissando inoltre i caratteri reazionali, stabilendo la posologia e le controindicazioni, e sono venuti alla conclusione che que-

sta nuova arma terapeutica data la sua certa innocuità e il più che probabile vantaggio che i pazienti ne possono trarre, sebbene oggi sia ancora all'inizio, acquisterà sicuramente maggior valore in seguito (*Il Policlinico*, Sezione pratica, anno XXXI, 1924, pag. 109).

L'Hauduroy chiude il suo lavoro con un capitolo intitolato *L'importanza della scoperta di D'Hérelle* dove prospetta a grandi linee, magistralmente scritte, quali sono i nuovi orizzonti che si aprono alla batteriologia, alla immunologia e alla biologia generale dopo la scoperta dell'ultramicrobo batteriofago.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE.

Le sindromi dell'arteria cerebrale anteriore.

(C. FOIX e P. HILLEMAND. *L'Encéphale*, 1925, n. 4).

La sindrome dell'arteria cerebrale anteriore può, a seconda della gravità, assumere tre forme:

1) Monoplegia crurale semplice, in rapporto a lesione isolata cortico-sottocorticale;

2) Emiplegia con prevalenza crurale, in rapporto a lesione cortico-sottocorticale penetrante profondamente nel centro ovale;

3) Monoplegia crurale o emiplegia con prevalenza crurale accompagnata da aprassia ideo-motrice sinistra, in rapporto a lesione identica alla precedente con lesione estesa del corpo calloso.

La cerebrale anteriore dopo il suo distacco dalla silviana fornisce piccoli rami allo spazio perforato anteriore, alla bandeletta ottica, al lobo orbitario, al nucleo caudato. Si anastomizza poi con l'omologa dell'altro lato, raggiunge la faccia interna del cervello, segue la convessità del ginocchio e poi la porzione orizzontale del corpo calloso, giungendo all'unione dei due terzi anteriori con il terzo posteriore di quest'organo, che poi abbandona per rimontare verso la convessità del cervello distribuendosi nella parte posteriore dei lobuli paracentrale e quadrilatero.

Durante il suo percorso emette numerose collaterali: quelle che si distaccano dalla convessità sono più grandi ma poco numerose, mentre quelle che si distaccano dalla concavità sono piccole ma molto numerose.

Le prime sono: 1) l'arteria orbitaria che si distribuisce al lobo orbitario; 2) l'arteria prefrontale che si distribuisce al lobo prefrontale; 3) l'arteria calloso-marginale che con i suoi rami raggiunge il bordo convesso dell'emisfero.

I rami della concavità sono piccoli e numerosi ed irrigano il corpo calloso; il ramo più importante è l'arteria pericallosa posteriore che segue ed irrora il terzo posteriore del corpo calloso, anastomizzandosi infine con rami della cerebrale posteriore che irrigano lo splenium.

Il territorio di distribuzione dell'arteria cerebrale anteriore si può dividere in superficiale e profondo.

Il territorio superficiale comprende: il lobo orbitario ed il lobo prefrontale; tutta la superficie interna della corteccia cerebrale eccetto il piccolo territorio occipitale irrigato dalla cerebrale posteriore, ossia la circonvoluzione del corpo calloso, il lobulo paracentrale, il precuneo; sulla superficie esterna la 1ª circonv. frontale, l'estremità superiore delle due rolandiche, la parte della parietale superiore prossima alla scissura interemisferica. Si tratta di un territorio cortico-sottocorticale che si approfonda nel centro ovale fino al lato esterno del nucleo caudato.

Il territorio profondo comprende: la parte antero-inferiore della testa del nucleo caudato e quasi tutto il corpo calloso.

Mentre nelle sindromi della cerebrale posteriore basta l'occlusione incompleta per determinare il rammollimento, perchè si abbia un rammollimento nel territorio della cerebrale anteriore occorrono lesioni importanti, obliteranti ed estese dell'arteria stessa.

Il risultato dell'obliterazione è vario. Il rammollimento totale è possibile ma raro a causa della ricchezza di anastomosi tra i rami della cer. ant. e quelli della silviana. Per la stessa ragione non si ha necrosi completa del tessuto cèrebrale.

Talvolta si hanno rammollimenti parziali in rapporto ad obliterazione di singoli rami dell'arteria.

Nel caso di rammollimento tipico da obliterazione del tronco della cer. ant. l'aspetto esterno del cervello stesso è di poco modificato, in rapporto al fatto che la corteccia resiste alla necrobiosi meglio del tessuto sottocorticale. A prima vista solo lo stato del corpo calloso ridotto nella sua parte media allo spessore di un foglio di carta fa sospettare l'obliterazione del vaso. Ma in effetti il territorio apparentemente sano è depresso, retratto per effetto della necrosi sottostante.

Per l'associazione delle due lesioni, cortico-sottocorticale e callosa, si hanno i seguenti tre tipi anatomici che informano il quadro clinico:

a) rammollimento completo cortico-sottocorticale interessante il corpo calloso;

b) rammollimento cortico-sottocorticale con integrità relativa del corpo calloso;

c) rammollimento sotto-corticale con integrità della corteccia, ed interessamento del corpo calloso.

I rammollimenti parziali della cer. ant. sono cuneiformi con base periferica.

Le sindromi della cerebrale anteriore assumono, come si è detto, tre tipi principali·

a) monoplegia crurale prevalentemente distale;

b) emiplegia con notevole prevalenza crurale;

c) emiplegia prevalentemente crurale o monoplegia con aprassia unilaterale sinistra a tipo ideo-motore.

Come esempio del primo tipo gli AA. riferiscono il seguente caso: un soggetto di 77 anni è colpito improvvisamente da monoplegia crurale destra senza perdita della coscienza. Il piede è paralizzato, il soggetto può flettere la coscia sul tronco, la gamba sulla coscia; la forza segmentaria è nulla a livello del piede, diminuita a livello della gamba e della coscia; riflessi rotulei ed achillei vivaci; Babinski in estensione; non clono, non segni d'automatismo midollare; arto superiore e faccia indenni; non apraxia. Il malato soccombe ad un nuovo ictus sopravvenuto tre settimane dopo il primo accidente. All'autopsia si constatò rammollimento cortico-sottocorticale nel territorio della cer. ant. con relativa integrità del corpo calloso.

Talvolta la monoplegia migliora fino al punto da residuare solo un certo grado di diminuzione della forza muscolare.

In effetti il più delle volte si tratta di monoplegia crurale o prevalentemente distale, suscettibile di regressione, dovuta a lesione cortico-sottocorticale senza lesione delle fibre di proiezione dell'arto superiore. La sede distale della monoplegia, l'esistenza degli eventuali disturbi sensitivi allo stesso lato, l'inizio con ictus spesso con fenomeni cerebrali (obnubilazione, tendenza al coma), l'integrità del lato opposto consentono di escludere lesioni midollari. Non può trattarsi di poliomielite (abolizione dei riflessi, flaccidità massiva, non Babinski, non ictus), nè di mielite trasversa unilaterale (non ictus cerebrale, tendenza al Brown-Sequard, unilateralità meno marcata, ecc.).

Nell'emiplegia con grande prevalenza crurale fin dal primo giorno è toccato l'arto superiore, ma i fenomeni retrocedono rapidamente a questo livello mentre rimangono marcati quelli a carico dell'arto inferiore. In capo a qualche giorno o a qualche settimana si costituisce un'emiplegia con prevalenza molto accentuata all'arto inferiore. I sintomi piramidali sono sempre molto evidenti. In questa sindrome il rammollimento rispetta il corpo calloso, ma penetra profondamente nel centro ovale ledendo le fibre di proiezione dell'arto superiore.

La diagnosi di questa sindrome è alquanto delicata, in quanto lesioni cerebrali a focolaio, lesioni lentico-capsulari, tumori, tubercoli, possono provocare emiplegie a prevalenza crurale. Tuttavia bisogna rilevare che le emiplegie del genere determinate da tumori o tubercoli si stabiliscono nello stesso modo che le monoplegie pure; che le lesioni centrali a focolaio e le lesioni lentico-capsulari non hanno mai una prevalenza crurale così netta; e che nelle sindromi lacunari è compromessa sopratutto l'andatura, mentre nelle lesioni della cerebrale anteriore la forza segmentaria sembra quasi del tutto conservata.

L'emiplegia e monoplegia prevalentemente crurale con aprassia sinistra a tipo ideo-motore è determinata da una contemporanea lesione del corpo calloso. Di tale sindrome gli AA. riferiscono il caso seguente:

Un soggetto di 62 anni presenta marcata emiplegia sinistra con prevalenza all'arto inferiore e particolarmente a livello del piede, disturbi sensitivi allo stesso lato e disordini aprassici intensi sempre a sinistra. L'aprassia ha carattere ideo-motore. All'autopsia si constata lesione nel territorio della cer. ant. a topografia cortico-sottocorticale, che si estende indietro fino al lobulo paracentrale e si approfonda fino al centro ovale. Il corpo calloso è ridotto allo spessore di un foglio di carta. Il ginocchio, lo splenium sono integri e così la regione parieto-temporale sinistra.

Il caso riferito dagli AA. somiglia clinicamente ed anatomicamente ai casi pubblicati da Rose, Lévy-Valensi, Liepmann e Mann, Goldstein, Claude e Loyez.

È interessante notare che la sindrome aprassica è sempre a sinistra ed è la stessa qualunque sia la sede della lesione, a destra o a sinistra. È questo il carattere essenziale dell'aprassia callosa in contrasto con l'aprassia ideo-motrice bilaterale provocata dalla lesione del lobo parietale e del giro sopramarginale sinistro.

Le sindromi aprassiche da lesioni a focolaio assumono tre varietà differenti:

a) aprassia ideo-motrice bilaterale con un certo grado d'emiplegia destra ed afasia, ed eventualmente con disturbi sensitivi ed emianopsia; è in rapporto a lesione del gyrus supramarginalis e del lobo parietale;

b) aprassia ideativa con afasia tipo Wernicke ed emianopsia, disordini intellettuali profondi ed assenza di emiplegia; è in rapporto a lesione del lobo temporale e delle circonvoluzioni temporali esterne fino alla piega curva;

c) aprassia unilaterale sinistra con monoplegia crurale o emiplegia con prevalenza crurale; è in rapporto a lesione del corpo calloso come faciente parte del territorio della cerebrale anteriore. In questa forma l'integrità dei centri parietali del cervello sinistro che dominano i fenomeni aprassici permette all'arto di destra di funzionare regolarmente. La lesione del corpo calloso interrompendo le comunicazioni tra i centri aprassici esistenti solo a sinistra ed i centri motori di destra, rende questi ultimi non più capaci di realizzare l'euprassia dei movimenti degli arti del lato sinistro.

I fatti su accennati confermano la prevalenza del cervello sinistro, in quanto esso contiene un altro centro motorio, l'euprassico, che non esiste nel cervello destro.

DR.

Per la clinica dell'apoplessia.

(HAUSE. *Deutsche Mediz. Woch.*, n. 23).

Sebbene non si possa negare l'importanza della così detta diatesi linfatico-artritica quale momento causale dell'arteriosclerosi e dell'apoplessia, pure non tutti i casi possono essere così spiegati. L'esperienza clinica e le prove sperimentali rivelano altri fattori etiologici nel campo dei processi endocrino-chimici, come le anomalie dello scambio dei lipoidi e della colesterina, le disfunzioni del sistema glandolare o la labilità vasale ed ipertensione arteriosa costituzionale. È anche un fatto da lungo tempo saputo che gli individui eccitabili, impulsivi sono maggiormente disposti agli insulti apoplettici.

Per alcuni casi è difficile stabilire un legame fra la individuale costituzione e l'apoplessia, a meno che non si voglia ammettere, come parecchi autori ritengono, una disposizione eredo-familiare.

Dallo studio di 135 casi l'A. ha potuto constatare che in 62 l'apoplessia si verificò in individui oltre i 60 anni; in 17 riscontrò la sifilide, in 7 *vitium cordis*, in 4 nefrite, 17 volte alcoolismo, 19 volte stato di eccitazione e trapazzi, 3 volte fu consecutiva a trauma, 1 volta ad intossicazione da gas. La importanza dell'alcoolismo nei riguardi delle alterazioni arterio-sclerotiche è ben da lungo tempo conosciuta come anche il rapporto fra la costituzione nervosa ed artritica e l'apoplessia.

Fra i due sessi si nota una certa differenza non solo riguardo alla frequenza dell'apoplessia cerebrale (76 uomini e 59 donne), ma anche all'età: mentre negli uomini la frequenza dei casi è in rapporto con il crescere degli anni, nelle donne è minima fra i 40 ed i 50 anni, aumenta dopo sensibilmente per ritornare scarso oltre i 70 anni. La maggior frequenza nell'uomo è da attribuirsi alla maggior tensione del sistema vasale per la lotta della vita, specie in quelli sottoposti a sforzi muscolari, alla nicotina ed all'alcoolismo.

Assai variabili furono i disturbi premonitori: mentre in 18 casi l'apoplessia fu improvvisa, in 53 precedettero irrequietezza, confusionismo, vertigini, dolori di testa.

Varii furono anche la sede dell'emorragia ed i disturbi consecutivi; quasi sempre si ebbero a notare afasie di natura motoria, sensoria o mista, quindi in ordine a frequenza: emiplegia sinistra, focolai non localizzabili, emiplegia destra, stordimenti, demenza, paralisi pseudo-bulbare, emicorea, Korsakoff, tetraplegia.

Riguardo al decorso si ebbe a constatare una notevole differenza fra i due sessi, essendo nelle donne minore il numero dei casi migliorati e maggiore quello dei casi inguaribili o di morte.

Conformemente a Kauffmann, l'A. ha constatato il massimo dei casi di apoplessia in primavera ed in autunno (marzo ed ottobre); il tempo ha una indubbia influenza sul tono vasomotorio all'istesso modo come l'ha sulle sofferenze angiospastiche e reumatoidi. Sono anche note le variazioni della pressione arteriosa durante la giornata e l'A. ha rilevato nella maggioranza dei casi che l'accesso apoplettico avvenne nelle ore del mattino, raramente alla sera.

Si sa che durante il sonno diminuisce il tono delle innervazioni simpatiche, che aumenta al mattino, aumentando anche la pressione sanguigna e negli accessi che qualche volta si verificarono nelle ore della sera, intervennero altre cause, quali i trapazzi fisici, le eccitazioni, lo spavento od altri fatti che provocarono l'aumento del tono.

L'A. con la sua breve nota, in base al materiale raccolto, ha voluto mettere in evidenza alcuni importanti momenti etiologici, perchè i veri fattori patogenetici dell'apoplessia, malgrado le assidue ricerche, non sono ancora perfettamente conosciuti.

DE CHIARA.

VIE URINARIE.

La pielonefrite.

(A. H. CROSBIE. *Boston med. and surg. Journal*, 7 maggio 1925).

La pielonefrite è la più frequente delle malattie che incontra il chirurgo delle vie genito-urinarie. Qualsiasi microorganismo che produce del pus può provocare l'infezione renale; il più spes-

so è in causa il *B. coli*, ma forse questo è un invasore secondario, mentre è probabilmente lo streptococco che invade per primo il rene, inoltre, nei mezzi di coltura il *B. coli* cresce assai rapidamente e rende difficile lo scoprire altri germi. Le esperienze di Bumpus e Meisser sono assai significative al riguardo. Essi avevano in cura dei pazienti con infezioni renali; il *B. coli*, isolato da essi ed iniettato in conigli, non dava infezione renale, mentre invece questa veniva provocata se si iniettava lo streptococco proveniente dalle radici dei denti devitalizzati degli stessi pazienti. Ciò dimostra che lo streptococco ha una particolare affinità per il tessuto renale; l'asportazione dei denti devitalizzati in tali pazienti portò ad un rapido miglioramento.

Qualsiasi focolaio d'infezione nell'organismo può essere il punto di partenza dell'infezione renale; come i denti devitalizzati, così le tonsille infette; un altro fattore è la stasi intestinale.

Ogni condizione che abbassi i poteri di resistenza dell'organismo lo rende più suscettibile all'infezione renale. I bambini che sono più deboli vanno appunto soggetti alle così dette pieliti; gli adulti ne sono affetti quando sono sovraffaticati fisicamente o mentalmente. Il raffreddamento, il trauma diretto, un calcolo rendono più facilmente il rene preda dell'infezione. Esso ne viene reso più suscettibile da qualsiasi causa che impedisca il libero deflusso dell'urina, sia che l'ostruzione si trovi al rene (vasi aberranti) sia più in basso (stringimenti, prostata ipertrofica, utero gravido, ecc.). Si ammette generalmente che l'infezione arrivi al rene per la via della corrente sanguigna e ciò anche in casi di dilatazione dell'uretere. La febbre uretrale, che segue talvolta il passaggio della sonda, è indubbiamente dovuta ad una pielonefrite provocata dal passaggio dei batteri nel sangue da una soluzione di continuo della mucosa.

La mucosa pelvica è ingrossata con infiltrazione di leucociti nel tessuto interstiziale attorno ai tubuli; nei casi più gravi vi sono dei minuscoli ascessi nella sostanza renale ed alla superficie del rene stesso, che appare notevolmente ingrandito; talvolta si ha una localizzazione in forma di infarto settico. La compartecipazione della vescica non è costante. Nell'urina si trovano pus e batteri e, negli stadi acuti, anche emazie. Caratteristica è l'assenza di cilindri che, se presenti, indicano la compartecipazione del rene. Nel sangue, durante lo stadio acuto, vi è iperleucocitosi, specialmente se manca il libero deflusso dell'urina.

I *sintomi* possono mancare del tutto anche in adulti, in cui però spesso si ha almeno una sensazione di malessere nella regione renale; talvolta il paziente si lagna di pollachiuria e non è infrequente sentir posare la diagnosi di cistite. In qualche caso il sintoma prominente è l'ematuria; altre volte si hanno dei sintomi che mentiscono una colica renale da calcolo. Oppure può accadere che un po' di muco ostruisca temporaneamente l'uretere e provochi gravi dolori ed idronefrosi, accompagnati da brividi e febbre; questa condizione può essere causa di errori diagnostici, poichè l'urina dell'altro rene è limpida e normale; quando poi il muco arriva a passare, si ha nuovamente l'urina torbida e con pus.

La febbre dipende dalla gravità dell'infezione e dalla possibilità del deflusso dell'urina; la pielonefrite che si sviluppa in un individuo con ostruzione delle vie urinarie è la più grave e può anche terminare con la morte. Nello stadio acuto la temperatura è alta, anche oltre 40°, e di carattere settico; l'aspetto del paziente, però, non è mai grave a meno che non si tratti di lunga durata dell'affezione.

Il dolore, di regola, non è mai un sintoma molto prevalente; vi è solitamente un po' di sensibilità all'angolo costo-vertebrale e, a volte, una sensibilità marcata e dello spasmo in corrispondenza del rene affetto. La mancanza del dolore però non significa che il processo non continui e si può, dopo parecchi anni di durata della malattia pur senza sintomi, trovare il rene quasi del tutto distrutto. Nei casi cronici, poi, l'unico sintoma è, si può dire, la frequenza della minzione che, spesso, indica che l'infezione è leggera; l'urina può anche essere chiara e l'esame microscopico mostra la presenza di poche cellule di pus e di batteri.

La *diagnosi* di pielonefrite è agevole nei casi acuti, per la presenza di febbre, dolore sordo ai lombi, pus e batteri nell'urina. Quando i sintomi dolorosi sono dal lato destro, si può fare confusione con un'affezione della cistifellea o dell'appendice. L'infiammazione lungo l'uretere provoca di fatto dolori nella regione appendicolare; mancano però in tal caso lo spasmo muscolare e la sensibilità locale. Ad ogni modo, se i sintomi si prestano a confusione con l'appendicite, è sempre consigliabile l'intervento, poichè è meglio levare un'appendice sana che rischiare di lasciarne una già perforata.

Nei casi cronici la diagnosi può farsi con l'aiuto del cateterismo ureterale e le indagini radiologiche.

Il *trattamento* varia secondo la gravità dell'infezione. Nei casi tipici ed acuti, con brividi, febbre e prostrazione di forze, si impone la degenza in letto ed in modo particolare l'introduzione di notevoli quantità di acqua, magari con l'ipodermoclisi; si dovrebbe ottenere l'emissione di quasi

tre litri di urina nelle 24 ore. In tale stadio, l'A. dà la preferenza agli alcalini, specialmente se si tratta di colibacilluria. In seguito si darà l'esametilenammina (urotropina) che agisce ottimamente nei casi di pielonefrite da bacilli del tifo, in cui è bene associarla al benzoato di sodio.

Il cateterismo degli ureteri non è consigliabile nella forma acuta a meno che non vi sia idronefrosi per un cencio di muco che ostruisce l'imbocco. La radiografia è importante per scoprire un eventuale calcolo. Raramente si potrà pensare ad un intervento operativo, tanto più che di solito la pielonefrite è bilaterale, sebbene l'infezione sia più marcata da un lato, e potrebbe accadere che, levato un rene, aumentasse poi nell'altro. Nelle pielonefriti della gravidanza si rende spesso necessario lo svuotamento dell'utero che talvolta avviene spontaneamente.

In ogni caso, si deve ricercare la possibile sorgente d'infezione per trattarla convenientemente. L'ammalato va sempre seguìto e, se il pus, i batteri e le emazie persistono, si dovranno fare dei pielogrammi ed intervenire a tempo, perchè l'infezione che persiste può portare alla totale distruzione del rene; ciò vale specialmente per i bambini, in cui la pielonefrite è troppo spesso trascurata.

Il trattamento della pielonefrite cronica è, di regola, soddisfacente. Dopo che ci si sia assicurati che i reni sono normali e si siano allontanate tutte le cause d'infezione, si passerà alle cure locali, che comprendono la lavatura della pelvi (nitrato d'argento o, meglio, mercurocromo al 2 e 1/2 %) ed alla dilatazione della vescica, con permanganato di potassio a 1/5000 o con soluzione borica fino a far sì che la vescica arrivi a contenere 500 cmc. Quest'ultima misura è importante, tanto più che molti di tali malati contraggono l'abitudine di urinare frequentemente e riducono così la capacità della loro vescica.

FILIPPINI.

Idronefrosi parziale calcolosa.

(LUCRI T. *Journal d'Urologie*, n. 5, 1924).

L'A. riferisce su tre casi di idronefrosi parziale per calcolosi e fa delle considerazioni generali sull'argomento.

Per quello che riguarda la frequenza, ricorda come tale lesione sia molto rara, poichè nella letteratura non ve ne sono illustrati che pochi casi. Grande importanza attribuisce nella genesi dell'affezione ai calcoli, i quali, localizzandosi nei calici piuttosto che nel bacinetto determinano delle dilatazioni più o meno accentuate nelle zone dipendenti.

In un caso illustrato da Cathelin l'idronefrosi sarebbe stata secondaria a tubercolosi renale.

L'*anatomia patologica* delle lesioni non differisce punto da quella delle forme totali. Le sacche sono costituite da sostanza renale più o meno atrofica, ridotta alle volte ad una membrana in cui non si riscontra punto tessuto renale; spesso tali sacche sono lobulate. Queste dilatazioni possono essere più o meno estese.

La *sintomatologia* si presenta simile alle forme generali, per lo più. Ciò che è caratteristico di questa varietà, è il dolore estremamente intenso.

Quello che ci permette una diagnosi esatta dell'affezione è il cateterismo ureterale con il quale, nelle forme totali si può evacuare ed iniettare una quantità normale di liquido, mentre nella parziale, considerato che il bacinetto non comunica che difficilmente con la sacca d'idronefrosi parziale, ciò non è possibile nel maggior numero dei casi.

Anche la pielografia potrebbe, alle volte, riuscire utile.

La *cura* dell'affezione in parola non presenta alcuna particolarità.

Quando si tratta d'idronefrosi secondaria a calcolo, si possono praticare tre operazioni e cioè:

1) nefrectomia nei casi di idronefrosi parziale con distruzione accentuata del rene;

2) asportazione di uno o più calcoli quando il valore funzionale del rene è ben conservato. Tolto l'ostacolo la sacca idronefrotica scomparirà totalmente;

3) resezione della sacca idronefrotica parziale.

T. LAURENTI.

Cisti sierose solitarie del rene.

(MC.-KIM e SMITH. *The Journal of Ur.*, vol. XII, num. 6).

Studiano i 117 casi della letteratura ai quali ne aggiungono tre personali. Si tratta di una lesione rara più frequente nell'età media della vita e nelle donne. Sono secondo gli AA. cisti dovute ad una malformazione congenita anzichè di natura neoplastica o da ritenzione. Possono raggiungere perfino il volume di 12 litri, e si trovano per lo più sul polo inferiore dei reni che presentano anomalie dovute ad arresti di sviluppo o a malformazioni congenite. Contengono un liquido sieroso con traccie dei componenti normali dell'urina, che può divenire ematico. Non hanno alcun rapporto con la pelvi, si originano sempre nella corteccia, al disotto della capsula. Non hanno un rivestimento epiteliale. Il parenchima renale mostra solo un modico grado di sclerosi dovuta all'atrofia da compressioni. Si sviluppano sempre verso l'addome e presentano i caratteri semiologici dei tumori renali. La sintomatologia alla quale danno luogo è molto scarsa. Possono manifestarsi con sintomi da compressio-

ne sulla cistifellea, duodeno, pancreas a destra e a sinistra sul cuore attraverso il diaframma o sull'angolo splenico del colon, possono anche ostacolare la circolazione venosa intraaddominale.

Stabilito che si tratta di una tumefazione del rene bisogna distinguere queste cisti dal rene policistico che è quasi sempre bilaterale e diminuisce notevolmente la funzione renale, dai tumori maligni che deformano la pelvi e danno ematuria, e danno un molto diverso decorso clinico. È facile per mezzo del cateterismo e della pielografia di differenziarle dall'idro e dalla pionefrosi. Le cisti ematiche sono generalmente post-traumatiche. Nel dubbio di una cisti idatidea chiusa si ricorra alle prove sierologiche. Le cisti, i tumori e gli ematomi perirenali non si accompagnano per lo più ad alcuna alterazione del rene e consigliano la nefrectomia piuttosto che la resezione.

Riportano i loro tre casi; due donne e un uomo in due dei quali venne fatta la diagnosi.

È strano che gli AA. non parlino di un mezzo di diagnosi che qui troverebbe una delle più adatte indicazioni; l'insufflazione perirenale di ossigeno alla Carelli!

M. ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. H. ROGER, F. WIDAL e P. J. TEISSIER. *Nouveau Traité de médecine*, fasc. XXII. *Muscle, Os et Articulations.* Un vol. in-8° di 560 pag. con 209 fig. e 2 tavole colorate, rilegato. Masson e C.ie, Parigi, 1925. Prezzo frs. 45.

In questo volume del noto trattato, le affezioni dei muscoli sono state affidate a J. Thiers, quelle delle ossa a A. Léri. Altre malattie delle ossa considerate nel presente fascicolo sono le distrofie ossee congenite (O. Crouzon), il rachitismo (L. Spillmann) e l'osteomalacia (L. Spillmann e J. Bénech). Vengono in seguito l'acondroplasia (A. Souques) e la complessa questione dei pseudoreumatismi infettivi e tossici trattata da E. Lesné e J. Langle e quella del reumatismo cronico svolta da M. G. Marinesco.

A. P.

BRUGSCH TH. *Ergebnisse der gesamten Medizin.* Bd. VI, H. 1 e 2. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924. G. M. 10.

Gli argomenti che fanno oggetto di trattazione particolare in questi due fascicoli del VI volume sono di varia indole. La nuova terapia della sifilide, la cui esposizione è affidata a Mulzer, è svolta in un breve capitolo con speciale riguardo ai preparati che in questi ultimi anni sono stati impiegati nel trattamento delle varie forme di sifilide e dei quali alcuni costituiscono composti derivati dal salvarsan e neosalvarsan, altri invece rappresentano nuovi rimedi introdotti in detta terapia (bismuto e suoi derivati). Speciale riguardo è stato dato agli inconvenienti ed ai disturbi che i suddetti rimedi possono recare.

Il Forster ha svolto brevemente i rapporti che intercedono fra il sistema nervoso vegetativo ed alcune particolari alterazioni psichiche.

Più ampia trattazione è data al problema della cura digitalica nei casi di insufficienza cardiaca con disturbi del ritmo (Fahrenkamp) alla gravidanza extrauterina (Pankow), alla patogenesi e cura della calcolosi epatica (Rovsing).

Da ultimo due altri capitoli sono dedicati alla cura del flemmone (Unger) e alla cura dello strabismo (Comberg).

TR.

LYON G.-LOISEAU P. *Formulaire Thérapeutique*, 3a ediz., Masson, Paris. Fr. 25.

Questa terza edizione registra sopratutto i nuovi progressi della terapia: trascurando i medicamenti di discussa efficacia e di voga effimera, gli AA. mettono in special modo in rilievo il *Solfato di Chinidina*, il *Benzoato di Benzile* e le diverse preparazioni di bismuto divenute d'uso corrente per il trattamento della sifilide.

Il capitolo dell'opoterapia è stato completamente aggiornato in modo da dare al nuovo estratto pancreatico, l'*Insulina*, il posto che ha conquistato.

Interessantissimi poi sono due capitoli aggiunti in questa edizione: uno dedicato alla emoterapia (trasfusione, autoemoterapia, eteroemoterapia, ecc.) e l'altro concernente le medicazioni antianafilattiche e quelle desensibilizzanti.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 26 luglio 1925.

Presidenza: prof. G. PIANESE, presidente.

Su due casi di fistole congenite laterali del collo faringeo-cervico-sternali. Contributo alla tecnica per l'estirpazione completa di tali fistole.

Prof. L. DE GAETANO. — Riferisce su due casi di fistole congenite laterali del collo nelle quali mise in pratica una sua tecnica personale. Isolata la fistola sino in prossimità dell'osso joide si taglia la parte distale. Sull'estremo del capo centrale residuo si applica una pinza che fa trazione e con una sonda si cerca di isolarlo dai tessuti circostanti. Si affida la trazione ad un assistente mentre che l'operatore introdotto l'indice della mano sinistra nella faringe, con l'unghia incide la mucosa circostante all'apertura faringea tanto da permettere ad una pinza spinta dalla ferita operatoria di stringere nel suo morso l'estremo centrale della fistola. Con un movimento di torsione e di trazione impresso alla pinza si finisce per strappare completamente la fistola.

Trapianto di cartilagine costale in lembo brachiale per una rinoplastica completa all'italiana.

Prof. L. DE GAETANO. — Presenta una ragazza operata di un trapianto cartilagineo costale per una rinoplastica alla italiana, ed inutilmente operata da altri per due volte. La guarigione che dura da più di due anni si può dire definitiva, nonostante che l'intervento si fosse fatto in organismo in pessime condizioni e che la distruzione del naso fosse dovuta a lupus.

Dott. S. FABOZZI. — *Un caso di sarcoma primario della milza.* — Riferisce ampiamente sul caso studiato.

Contributo alla patogenesi dell'ossaluria. (Sull'origine dell'acido ossalico).

Prof. F. PICCINNINNI e dott. E. LOMBARDI. — S'è isolato, con speciale terreno di cultura, dalle feci di sei ossalurici cronici, una speciale razza di *b. coli* ossaligeno, che somministrata per os, in capsule di gelatina, a digiuno, ad 8 individui, sicuramente immuni da ossaluria (del che ci si era accertati mediante ripetuti esami di urina) ha provocato ossaluria evidentissima in 4.

Gli OO. traggono le seguenti conclusioni:

che pur non escludendo che nella flora intestinale umana possano esistere altri germi capaci di produrre acido ossalico, ed anche altre ricerche in corso li inducono ad ammetterlo, dalle attuali risulta in modo indubbio:

1) che nella flora intestinale degli ossalurici cronici si riscontra una speciale razza di *b. coli*, capace di produrre acido ossalico;

2) che il detto *b. coli* ossaligeno, debitamente isolato e coltivato, produce abbondante acido ossalico *in vitro* (in cultura in acqua-patata, e d'ordinario solo nel primo passaggio);

3) che tale germe, somministrato per via orale, in individui immuni da ossaluria, è capace di produrre ossaluria di varia intensità e durata, a seconda del terreno costituzionale e probabilmente, delle condizioni della flora batterica intestinale e di altre condizioni dell'ambiente biochimico dell'apparato intestinale.

Rapporto tra zucchero proteico e corpi acetonici nel sangue di diabetici trattati con insulina.

Prof. D. LIOTTA. — Ha studiato il comportamento dello zucchero proteico e dei corpi acetonici in cani spancreati ed in casi di diabete umano prima e durante il trattamento con insulina. L'abnorme accumulo dei corpi acetonici nel sangue coincide sempre con un quantitativo scarso di zucchero proteico. L'insulina produce sempre un aumento dello zucchero proteico del sangue e contemporaneo abbassamento dell'acetonuria. La spiegazione del rapporto tra zucchero proteico e corpi acetonici, allo stato attuale non può darsi che formulando ipotesi. È probabile che lo zucchero proteico sia l'idrato di carbonio necessario alla normale combustione dei corpi acetonici.

Sostanze vegetali attivanti il metabolismo degli idrati di C (Fitochinine) e loro impiego nella terapia del diabete pancreatico.

Prof. L. CONDORELLI. — L'O., dopo avere criticato le ricerche di Collip, Hutchinson, Winter e Smith sulle così dette « glicochinine », sostenendo non essere dimostrata la funzione ormonale di queste sostanze, nè la loro analogia con l'insulina, espone le ricerche personali. Egli ha isolato dalle foglie delle graminacee delle sostanze a cui ha dato il nome di *fitochinine*. Le *fitochinine* spiegano nel diabete umano e nel diabete pancreatico sperimentale, un'azione paragonabile a quella spiegata dalle vitamine nelle malattie di carenza. Infatti le fitochinine che si dimostrano poco attive nell'animale e nell'uomo normale, giacchè non determinano che un modesto ed incostante abbassamento del tasso glicemico (senza mai apportare una vera ipoglicemia), sono invece attivissime nei sogg. diabetici.

In 18 casi di diabete mellito, trattati con fitochinina, si è potuto osservare la rapida caduta dell'iperglicemia, della glicosuria, della chetonemia e della chetonuria, la modificazione del bilancio dell'N da negativo in positivo, la diminuzione dell'escrezione urinaria del P, e la diminuzione della lipemia (specialmente dei fosfatidi e dei grassi neutri). Un fatto di notevole importanza è che l'aumento della tolleranza per i carboidrati persiste

per un tempo più o meno lungo dopo la sospensione della cura.

Sia per la natura chimica, che per l'azione biologica, le fitochinine non hanno nessun punto di contatto con l'insulina e la glicochinina. Chimicamente la *fitochinina* (che sembra essere un polipeptide, non più semplice di un tripeptide, e privo di gruppi aromatici) si differenzia dall'insulina e dalla glicochinina per la *non precipitabilità con acido picrico*. Biologicamente non ha nessun punto di contatto con l'insulina, giacchè si comporta in modo affatto differente da questa nell'animale normale, nella iperglicemia da puntura del 4° ventricolo, nella iperglicemia adrenalinica, ecc.

Pare che l'influenza benefica esercitata dalla fitochinina nei diabetici, dipenda dalla facoltà che ha questa sostanza di indurre modificazioni dirette sull'attività dei tessuti.

A. CHISTONI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta del 15 maggio 1925.

La struttura degli otoliti osservati a fresco in campo oscuro.

Dott. TENAGLIA. — L'O. ha esaminato in campo oscuro frammenti di otoliti di rappresentanti di tutte le classi dei vertebrati e riferisce i resultati degli esami.

Le immagini radiografiche della tubercolosi polmonare secondo le concezioni anatomiche e cliniche moderne.

Prof. FORNARIO. — Uno dei caratteri differenziali delle multiformi sindromi tubercolari del polmone è dato dalla distinzione dei processi in essudativi e produttivi, secondo la ricchezza o meno degli elementi morfologici dell'essudato e viceversa la minore o maggiore quantità di parte liquida: queste modalità sono contrassegnate nettamente dalle immagini radiologiche, nitide nelle forme produttive, sfumate nelle forme essudative. Appartengono alle forme essudative le tubercolosi a pneumonite lobare, quelle lobulari, le acinose essudative; appartengono alle produttive le forme acinose produttive, le acino-nodose, le nodulo-sclerotiche ulcerative, le sclerotiche cavernose, le sclerotiche da guarigione o con tendenza alla guarigione. Di tutte queste forme sono stati proiettati esemplari tipici di radiografie molto bene differenziate illustrate da accenni clinici; tutte le immagini radiografiche contraddistinguono con evidenza i quadri anatomopatologici di Aschoff e Nicol, messi in luce da Gräff e Küpferle.

Dal quadro radiologico si può desumere la natura tubercolare del processo; ma la sicurezza sulla natura del processo è data solo dalle ricerche biologiche. La sifilide spesso mente la tubercolosi, e per quanto le forme luetiche abbiano sovente particolare impronta radiologica, come l'O. illustrò contemporaneamente al Sergent, solo le ricerche biologiche valgono a dirimere la questione. Dalle immagini radiografiche si può, salvo eccezione, fissare il tipo anatomopatologico delle lesioni polmonari tubercolari e per esso può adattarsi linguaggio uniforme, comprensivo, universale.

Esiti di pleurite essudativa.

Prof. FORNARIO. — Tra le forme di pleuriti essudative, importantissima è quella produttiva, cioè plastica, ricca di elementi cellulari, scarsa di parte liquida, a risoluzione lenta, tardiva o nulla.

Tra le forme di pleuriti essudative produttive importanti per sede sono le interlobulari, che decorrono per parecchio tempo silenziose, e le mediastiniche.

Di tutte queste forme di pleuriti importantissimi sono gli esiti.

Si riassumono i dati clinici e vengono proiettate diverse radiografie di pleuriti produttive tubercolari seguite per più anni.

L'essudato plastico può rimanere stazionario, può espandersi in zone pulmonari da prima libere, può parzialmente risolversi, così che l'àmbito pulmonare si rischiara gradatamente, con diverse modalità di risoluzione e di avviamento alla guarigione (sia che residui la parte mediana dell'essudato, che può far corpo col mediastino, sia che l'essudato si riduca alle zone periferiche, sia che esso rimanga ad occupare solo il seno costodiaframmatico) e che può anche scomparire totalmente e non lasciare traccia alcuna. Ai dati radiologici corrispondono i segni semeiotici e clinici di riattivazione parziale o totale della funzione pulmonare.

Gli esiti del processo morboso vanno dalla stazionarietà assoluta alla guarigione completa, che si può ottenere attraverso un lungo periodo di tempo per costanza di trattamento igienico, specifico e radioterapico.

Sulla capillariscopia e sulla pressione del sangue nei capillari.

Prof. VIGEVANI. — L'O. che fin dal 1923 ha pubblicato sull'*Archivio di patologia e clinica medica* un lavoro interessantissimo col titolo *La osservazione diretta e la pressione sanguigna dei capillari in rapporto alla clinica*, ha mostrato una numerosa serie di proiezioni di visioni capillariscopiche in soggetti normali e patologici, facendo risaltare la grande importanza di tal genere di indagini a scopo di studio clinico-diagnostico. Ha poi fatto vedere l'apparecchio da lui proposto, e adottato ormai da molti studiosi italiani, per misurare la pressione del sangue nei capillari: tale apparecchio, che fu già reso di pubblica ragione appunto nel 1923 nel lavoro suaccennato, permette di distinguere una pressione capillare massima ed una minima, e di istituire una ricerca che non dovrebbe esser trascurata nelle malattie del centro circolatorio, nelle affezioni ipertensive, in quelle con ipocinesi cardiovascolare, per le quali può costituire un valido, e talvolta decisivo sussidio diagnostico.

SCARLINI.

Società Medico-Chirurgica di Padova

Seduta del 29 maggio 1925.

Presidenza: prof. A. CEVIDALLI, presidente.

In memoria del prof. Aristide Stefani.

Prof. A. CEVIDALLI. — Commemora l'illustre fisiologo prof. Aristide Stefani, già presidente per l'anno accademico 1914-15. Ne ricorda le virtù di scienziato e di uomo, e rileva che le sue ricerche sulla diastole cardiaca, sulle funzioni vasali, sui nervi trofici, sul cervelletto, sui canali semicircolari resteranno fondamentali, come non va dimenticata la sua divinazione delle vitamine, che chiamò *imponderabili esterni*, avvicinandole al prodotto delle glandole endocrine o *imponderabili interni*.

A proposito della frequenza e della distribuzione del cancro dell'utero.

Prof. A. BERTINO. — Su un totale di 4293 pazienti ospedalizzate, ebbe campo di osservare 35 casi di tumori maligni dell'ovaio, 6 casi di carcinoma della vulva e vagina, 220 casi di tumori maligni dell'utero. Esistono delle differenze sensibili tra regione e regione, pur non riuscendo a metterne in rilievo le cause; a quanto risulta dalle statistiche ufficiali la Sardegna avrebbe la percentuale più alta di tumori maligni dei genitali femminili, e verrebbero poi la Toscana, l'Emilia ed ultimo il Veneto.

L'O. è di opinione che la questione della predisposizione familiare, ereditaria o costituzionale, ai tumori maligni, non si possa dire ancora chiaramente dimostrata, e ciò pure avendo riscontrato nella sua casistica dei casi (4 in tutto), nei quali le pazienti erano figlie o sorelle di donne morte per cancro dell'utero.

Limitandosi al cancro dell'utero (212 casi), avrebbe riscontrato che creano un terreno propizio per lo sviluppo della malattia i fibromi dell'utero (sottomucosi), processi infiammatorî cronici, la tubercolosi genitale, i polipi cervicali, le cicatrici da lacerazioni del collo dell'utero, l'ectropion della mucosa cervicale, la sifilide (3 casi), i traumi fisici ripetuti (pessarii, utero prolassato), la ipoplasia genitale.

Rispetto al rapporto tra i parti, le fasi funzionali dei genitali femminili, e lo sviluppo dei tumori maligni, avrebbe osservato il cancro dell'utero in 23 nullipare (12 casi del collo ed 11 del corpo); il maggior numero di casi (56) in donne che avevano avuto da 4 a 6 gravidanze; 94 casi in donne fino ai 46 anni di età (la più giovane con cancro del collo aveva 28 anni; del corpo 35); e 118 in donne dai 47 anni in su. Il numero maggiore dei casi lo avrebbe osservato in donne fra i 41 ed i 50 anni.

Delle tre localizzazioni del cancro dell'utero, la più frequente sarebbe risultata quella della porzione vaginale (97 casi), poi verrebbe quella del corpo (82 casi), e per ultima quella del canale cervicale (33 casi). La maggior difficoltà alla diagnosi la presenta il cancro del corpo; qualche volta però non è facilmente diagnosticabile anche quello del canale cervicale.

In antitesi con quanto è detto precedentemente, starebbe il fatto che non ebbe ad osservare che 18 casi su 212 di diagnosi veramente precoce del cancro dell'utero, e precisamente 5 volte su 130 carcinomi del collo, e 13 volte su 82 carcinomi del corpo. Tale contraddizione non è però che apparente, poichè è da ricordare che il carcinoma del corpo dell'utero ha una evoluzione più lenta, e quindi è più facile che il caso arrivi allo specialista prima che la malattia sia diffusa. In altri 25 casi la diagnosi fu per lo meno tempestiva (10 del collo, 15 del corpo). L'intervento radicale fu possibile in 103 casi (54 del collo, 49 del corpo), 81 volte per via addominale, e 22 volte per via vaginale (esclusivamente in cancri del corpo). Nelle altre 109 ammalate, ossia circa nel 50 % dei casi, la malattia era tanto progredita da non consentire una cura chirurgica radicale.

Ritenzioni vescicali per alterazioni del collo vescicale e loro cura chirurgica.

Dott. G. BLOCH. — L'O. riferisce di alcuni casi da lui osservati in cui esisteva una ritenzione urinosa in vescica provocata da alterazioni del collo vescicale. Sulla base di questi casi da lui operati colla resezione del labbro posteriore del collo vescicale sia per via transvescicale sia per via endoscopica, egli crede che nel cosiddetto prostatismo senza prostata, il più delle volte, anzichè a fatti di fibrosi ed infiammatori della muscolatura liscia dello sfintere interno, si tratti di lesione d'ordine nervoso, e a conferma di ciò riporta alcune radiografie dei pazienti da lui operati, nelle quali sono evidenti delle malformazioni congenite della colonna vertebrale. Comunque vogliasi interpretare la lesione anatomo-patologica, crede che la resezione del collo vescicale, quando si sia fatta la diagnosi giusta, sia un rimedio veramente corrispondente allo scopo e dia delle guarigioni perfette.

Su di un caso di diabete ipofisario.

Dott. A. FABRIS. — In una carcinomatosa della mammella, circa due mesi prima dell'obitus, comparve una poliuria aggirantesi sui 5 litri quotidiani. Alla necroscopia il lobo posteriore e la pars intermedia dell'ipofisi (gr. 1.350) erano completamente invasi da una metastasi dello scirro mammario la quale non oltrepassava l'opercolo e comprimeva infiltrandovisi il lobo anteriore avente le cellule cromofile relativamente aumentate. Il tuber cinereum e le parti limitrofe intatte. A. R.

Società Medico-Chirurgica di Mantova.

Seduta del 6 luglio 1925.

Presidenza: prof. G. GHEDINI, presidente.

Sopra un caso non comune di fibromiomi dell'utero e gravidanza.

Prof. F. MACCABRUNI. — Il caso si riferisce a giovane primipara con gravidanza a termine, la quale si presentò all'Ospedale altamente febbrici-

tante, con segni di nefrite nelle urine, con perdite icorose, con procidenza del funicolo. Non potendosi procedere alla dilatazione dell'utero contratto, si decide l'asportazione. Il pezzo asportato pesava kgr. 7,170. La parete uterina è invasa da fibromiomi; il feto è in presentazione di spalla. La puerpera lasciò l'Ospedale in 30ª giornata perfettamente guarita.

Paralisi ascendente tipo Landry.

Prof. G. GHEDINI. — Il caso si riferisce a un maestro di musica, il quale ebbe a contrarre in gioventù un'ulcera diagnosticata di natura benigna; nel nov. '24 notò la comparsa di tumefazioni linfoghiandolari; il 25 dicembre comparve debolezza motoria degli arti inferiori che in breve crebbe al punto da impedire la deambulazione e la stazione eretta.

A 6 gennaio '25 si constata paraplegia flaccida con assenza dei riflessi, conservazione della sensibilità. Successivamente e progressivamente fenomeni paretici si presentano a carico della musculatura degli arti superiori e quindi del dorso, dell'addome, del collo, nel dominio del facciale, dell'oculomotore comune, dello ipoglosso, glossofaringeo, trigemino, infine comparvero paralisi vescicale e rettale.

Ai primi di febbraio inizia il miglioramento con la graduale ripresa delle funzioni compromesse.

Ai primi di marzo la guarigione è già completa.

L'ammalato fu curato con Neosalvarsan e applicazioni elettriche.

Pseudocisti del pancreas traumatica.

Dott. MAMBRINI. — Il caso si riferisce ad un contadino di 34 anni, il quale aveva ricevuto una violenta testata da un toro in corrispondenza dell'epigastrio. Subito dopo è colto da vivo dolore, vomito e quindi avverte la formazione di una tumefazione pulsante nella regione mediana dell'addome sopra l'ombelico. Deciso l'intervento chirurgico, sotto l'epiploon in rapporto col pancreas in un punto dilacerato, si rinviene una grossa raccolta di liquido chiaro filante inodoro in quantità di circa 3 litri. La raccolta che aveva spinto in alto il fegato e in basso lo stomaco si vuota, si esegue il drenaggio. L'ammalato lascia l'ospedale dopo circa un mese perfettamente guarito.

Contributo alla conoscenza della « Purpura anularis teleangiectodis ».

Dott. VISIOLI. — Riferisce intorno a due casi di Purpura A-T del Maiocchi che ha potuto seguire nelle fasi di accrescimento e di involuzione. Si diffonde in special modo su uno di questi, riguardante una giovane donna avente una dermatite purpurica in cui se l'aspetto morfologico e il decorso hanno col quadro fattone dal Maiocchi i massimi punti di contatto, si discostano invece le alterazioni istologiche nel caso presente sono di poca evidenza.

Quanto all'eziologia e patogenesi ritiene che debba essere preso in considerazione l'ipertiroidismo della paziente e lo stato di irritabilità simpatica quale causa di disturbi vasomotori in seguito ad uno stimolo vescicale forse di natura tossica.

Caso di cheratite disciforme di Fuchs.

Dott. MARIOTTI. — Le lesioni infiammatorie corneali presentavano i caratteri obiettivi della cheratite disciforme di Fuchs. Fondatamente si ritenne derivata da germi piogeni (stafilo-streptococchi) provenienti da un ascesso palpebrale precedente.

Tale derivazione ectogena è analoga a quella assegnata da Fuchs ai suoi casi.

Nuovi contributi alla stomosinoterapia nella infezione tifoide.

Dott. GIRALDI. — La stomosinoterapia fu applicata in complessivi casi n. 64.

Le stomosine antitifiche-paratifiche iniettate precocemente verso il termine del 1° settembre o all'inizio del secondo, per via endovenosa, hanno sempre dato ottimi risultati. In alcuni casi hanno addirittura troncato con una o due o tre iniezioni il processo infettivo determinando la rapida guarigione.

Le stomosine iniettate per via endomuscolare abbastanza frequentemente determinarono una lenta, ma progressiva defervescenza ed un miglioramento precoce dello stato generale tifoso. Per inalazione, mentre sono bene tollerati da qualsiasi infermo e di facile uso pratico, hanno dato in ogni caso ottimi risultati, riuscendo talvolta a vincere rapidamente l'infezione tifoide con una o poche inalazioni.

Effetti che possono destare qualche preoccupazione conseguono all'uso delle stomosine per via endovenosa. Essi, però, si possono attenuare ed anche evitare adoperando dosi ridotte, molto più basse di quelle contenute in una fiala, con debita preparazione del malato e cioè con iniezioni di stomosine per via endomuscolare nei giorni precedenti alla introduzione endovenosa e con iniezioni di adrenalina poco prima di questa e comunque dominare con cardiocinetici, revulsivi, vasocostrittori.

Pneumotorace e laringite tubercolare.

Dott. LODIGIANI. — In alcuni soggetti affetti da broncopneumonite ulcerosa tubercolare unilaterale — durante il trattamento pneumotoracico — si resero evidenti e quindi via via si accentuarono lesioni laringee diagnosticate di natura infiammatoria specifica. Questi reperti non collimano con quelli denunciati di recente da altri autori e rendono assai riservati nell'accettare le indicazioni e le conclusioni di essi: conclusioni che deporrebbero per la influenza favorevole del pneumotorace sul decorso della laringite specifica.

S. A.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 10 maggio 1925.
Presidenza: prof. A. TESTI, presidente.

Avvelenamento acuto da solfuro di carbonio: esito in emiplegia spastica infantile.

P. GALLI (*Faenza*). — L'O. riferisce di un caso di avvelenamento acuto da solfuro di carbonio avvenuto in una bambina di 21 mesi. Dopo il sopore ed uno stato eclamptico conseguì una emiplegia sinistra, che poi assunse e presenta oggi ancora, i caratteri dell'emiplegia spastica infantile.

L'O. dimostra che la cerebropatia non ad altra causa può imputarsi che al solfuro di carbonio, donde la rarità e quindi l'interesse del caso descritto. Pensa che si tratti di trombosi e rammollimento, favorito dall'azione del veleno sugli stessi elementi nervosi.

Su di un caso di edema neurotrofico.

V. SILVESTRINI (*Faenza*). — Riferisce su di un caso di edema localizzato all'arto inferiore destro. È un ragazzo di undici anni, nei cui precedenti prossimi e remoti non vi è alcunchè di particolare. L'edema è notevolissimo tanto da dare un aumento di circonferenza ad esempio alla radice della coscia malata di 15 cm. di più del lato sano.

L'O. pone con facilità la diagnosi di edema neurotrofico o trofoedema cronico di Meige, il cui reperto anatomo-patologico consiste appunto secondo Long in una proliferazione del connettivo interstiziale del tessuto cellulo-adiposo del sottocutaneo.

Appunti sulla osteosintesi metallica delle fratture.

A. ROSSI (*Lugo*). — L'O. riferisce su 42 osteosintesi per frattura da lui eseguite durante il suo esercizio professionale nell'Ospedale di Lugo (oltre ad altre 7 eseguite in precedenza) e compiute in parte precocemente per irriducibilità od incontenibilità dei frammenti coi comuni mezzi incruenti, in parte tardivamente per consolidazione viziosa, o mancata, o per pseudo-artrosi.

Ritiene che gli ottimi risultati costantemente assicurati dalla scrupolosa osservanza delle norme asettiche ed antisettiche debbano incoraggiare ad una più vasta adozione dell'intervento cruento delle fratture.

La diatermia nel morbo di Flajani-Basedow.

E. MONDOLFO (*Cesena*). — Riferisce un caso di morbo di Flajani-Basedow con sintomatologia particolarmente conclamata e grave, nel quale le applicazioni di diatermia produssero una notevole e permanente regressione della sindrome basedowiana.

Intorno a un caso di sodoku.

G. FRANCHINI e G. GHETTI (*Bologna*). — Presentano un caso di sodoku, nel quale la ricerca della *spirocheta morsus muris* riuscì positiva tanto nel sangue del malato come in quello di alcuni animali inoculati.

Rottura spontanea di sacco erniario crurale voluminoso con fuoriuscita di anse intestinali.

F. PASCUCCI (*Santarcangelo R.*). — Il caso è riferito per esteso in altra parte del giornale (vedi pag. 1318).

Pratica ed esiti della prostatectomia transvescicale.

A. FRANCHINI (*Santarcangelo R.*). — Riferisce, riassuntivamente, le storie di 20 casi di ipertrofia prostatica da lui osservati e operati nell'Ospedale Civile di Santarcangelo, seguendo la tecnica classica del Freyer. Ebbe due morti: uno per broncopneumonite in 18ª giornata dall'operazione, quando era già avanzato il processo di guarigione; l'altro per shoc post-operatorio.

La prostatectomia transvescicale dev'essere l'operazione di scelta, per la sua facilità e sicurezza di esito.

Dei 20 casi riferiti dall'O., 17 furono operati in un sol tempo, con un morto per pneumonite in 18ª giornata; tre soltanto furono trattati in due tempi, con un morto per shoc. Ciò può valere a dimostrare che l'assolutismo in chirurgia non è sempre un criterio da seguirsi.

PAOLO GALLI (*Faenza*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sul comune raffreddore.

È, dice G. Rice (*Boston m. and c. Journ.*, 24 maggio 1925), una malattia frequentissima, e di grande importanza sociale, sia pel gran numero di giornate lavorative che fa perdere, sia per le conseguenze non di rado gravi.

Ciononostante non è completamente studiata. Presenta un massimo verso la fine d'ottobre, e un altro, minore, in gennaio, in tutti i paesi. Comincia generalmente dal naso, e per lo più è in rapporto causale con un raffreddamento, in ispecie col freddo umido. Non sembrano privi di importanza etiologica il fumo, i gas irritanti, il respirare per la bocca, la costipazione, ecc.

Mentre le vie aeree normali sono quasi sterili, pel potere battericida delle normali secrezioni mucose, durante il raffreddore si isolano molti germi, ma nessuno specifico. È riuscito con grandissima frequenza di trasmettere il raffreddore, con la secrezione nasale filtrata per candela, anche se diluita 1:90,000.

Le fasi che attraversa la mucosa infiammata sono: prima uno stadio secco, per la contrazione dei vasi, poi lo stadio di iperemia (e i disturbi vascolari sono generalmente riflessi, per l'azione del freddo sulla cute e sulle mucose), quindi lo stadio catarrale, con densa secrezione muco-purulenta, da ultimo lo stadio di risoluzione. L'alterazione delle mucose ne indebolisce la resistenza: i germi pullulano e attecchiscono, e le loro tossine assorbite danno luogo ai sintomi generali: febbre, cefalea, prostrazione, dolori lombari, ecc.

Le medicazioni locali più utili sono: le applicazioni alcaline calde (Spray a bassa pressione, o lavaggio, se l'altra narice non è ostruita) e le applicazioni di sali organici d'argento mercè tampone imbevuto, da lasciare in posto dieci minuti. Gli olii medicati si possono applicare dopo ogni medicazione come protettivi.

Le inalazioni di cloro diluito sono poco pratiche, e forse dannose.

I vaccini, e specialmente gli autovaccini, pare si siano dimostrati utili. Nei casi a ripetizione conviene far rimuovere le tonsille, e le vegetazioni adenoidi, eventualmente.

Le cure igieniche hanno efficacia specialmente preventiva, ma talora le più scrupolose attenzioni riguardo al vestito, al vitto, all'espirazione, al freddo non impediscono lo sviluppo del raffreddore.

DORIA.

Nella tosse della laringo-tracheite.

De Parrel (*Journal des praticiens*, 27 dic. 1924) consiglia: codeina cg. 60, terpina g. 4.50, tintura di balsamo del Tolù, alcool a 95° ana g. 30, glicerina q. b. per cmc. 150. Da prenderne 1-2 cucchiaini da caffè al giorno in una tisana; ogni cucchiaino contiene 2 cg. di codeina e 15 di termina.

Se la tosse è spasmodica, prescrivere:

Tintura di Drosera g. 2, tintura di radici di aconito gocce LX, bromoformio, alcool a 90°, glicerina, ana g. 2. Da prenderne 10 gocce in una tisana calda, tre volte al giorno, non oltrepassando le 30. Nel bambino, metà dose.

Per i cantanti, prescrivere 5 gocce di alcoolatura di radici di aconito, ogni due ore in un po' di tè caldo, fino al massimo di 25 gocce.

fil.

Sulla bronchite cronica.

Nelle bronchiti che si prolungano, e in quelle a ripetizione, sospettare la tubercolosi, anche, e specialmente nei vecchi, che, nonostante una bronchite cronica di natura tubercolare, con sputi positivi, possono sentirsi discretamente, condurre vita molto attiva, ed essere di grave danno ai circostanti, e specialmente ai bambini.

La bronchite cronica può anche essere sintomatica di corpi estranei nelle vie respiratorie, di pneumoconiosi, di empiema cronico, di un aneurisma dell'aorta; può essere di natura gottosa, ed infine avere le note e comuni cause, cioè l'umidità, l'ambiente polveroso, i gas irritanti, la ripetizione di attacchi acuti di tracheobronchite. Di regola si accompagna ad enfisema, non di rado ad accessi asmatici.

Per la cura giovano i climi caldi, naturali, o artificiali: ottenuti cioè in casa propria, coi caloriferi, o magari con la permanenza a letto nei mesi freddi, come praticano i vecchi contadini scozzesi. Non vanno trascurate, naturalmente, tutte le altre cure possibili, causali e sintomatiche. Così E. Otis (*Boston m. and c. Journ.*, 14 maggio 1925).

DORIA.

Considerazioni critiche sul trattamento operativo dell'asma bronchiale.

È difficile, dice A. Kuttner (*Deutsche med. Wochenschrift*, n. 26, 1925), trovare una spiegazione teorica per i buoni risultati vantati da alcuni autori nella cura chirurgica dell'asma bronchiale. Mentre la maggior parte degli AA. ottiene questi

risultati con la sezione del simpatico, altri li attribuiscono alla sezione delle fibre del vago decorrenti col simpatico. Si è anche cercato di sezionare il vago, solo o in combinazione col simpatico, senza però ottenere dei risultati costanti. Difficilmente si possono conciliare l'indubbia efficacia terapeutica della stimolazione del simpatico (adrenalina) con l'azione curativa provocata dalla sezione del simpatico. Eppure diversi AA. operando ammalati durante l'accesso asmatico in anestesia locale, riferiscono che l'accesso veniva interrotto nettamente nel momento in cui veniva sezionato il simpatico. L'A. sconsiglia per ora dalla cura chirurgica dell'asma bronchiale perchè i risultati sono ancora troppo malsicuri e perchè egli considera l'asma bronchiale una neurosi a base costituzionale in cui gli interventi medici chirurgici più diversi possono riuscire efficaci.

POLL.

Il trattamento della pertosse.

Fra le diverse medicazioni proposte contro la pertosse, J. Taillens (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 genn. 1925) ritiene che i vaccini (almeno quello da lui usati) non abbiano azione terapeutica certa; senza alcun effetto è l'adrenalina. Le iniezioni endomuscolari di etere hanno lo svantaggio di essere dolorose e, per questa ragione, non possono essere usate sistematicamente, tanto più che l'azione ne sarebbe incerta. L'A. ripone una certa fiducia sull'ipecopan, un rimedio in cui entrano l'emetina e gli alcaloidi dell'oppio, da usarsi in forma di sciroppo.

L'A. dà però la preferenza al bromoformio che non presenta nessun inconveniente quando è somministrato a dovere. Esso possiede una grande regolarità ed una grande costanza di azione, è facile da maneggiare ed è sempre ben sopportato. Fa diminuire non solo il numero e l'intensità degli accessi, ma fa altresì sparire i vomiti ed aumenta l'appetito contribuendo così a migliorare lo stato generale. Senza essere un rimedio specifico, dei quali, secondo l'A. non esiste nessuno per la pertosse, il bromoformio abbrevia notevolmente la durata della malattia e la rende sopportabile.

fil.

La contagiosità dell'ozena.

Nulla di preciso si conosce ancora sull'etiologia dell'ozena. Mentre infatti alcuni credono sia dovuta ad un disturbo trofico, altri la considerano come un'infezione specifica.

Perez (*Revue de Laringologie, d'Otologie et de Rinologie*, 15 nov. 1924) sostiene una teoria infettiva annunciata già da molti anni, e ammette come corollario la contagiosità.

Oltre alle corize para-ozenatose, esiste un'ozena vera specifica, determinata da *B. foetidus ozenae*, che l'A. ha isolato e coltivato capace di riprodurre l'ozena negli animali inoculati, in condizioni ben determinate. Nell'uomo, l'affezione è preceduta da una fase acuta, caratterizzata da rinite e ostruzione nasale.

L'individuo sano può infettarsi per contagio trovandosi il microbo normalmente nelle fosse nasali del cane e nel naso degli ozenatosi.

L'A., in base a fatti clinici, conclude essere l'ozena una malattia contagiosa. Frequente è nei bambini e ciò perchè nell'età infantile più intimo è il contatto con i parenti o con altre persone ed il *fazzoletto* è meno individuale. Ammettendo poi l'origine canina dell'ozena bisogna sempre sorvegliare le vie aeree superiori dei bambini specie quando esistono cani in casa.

I fazzoletti degli ozenatosi non debbono mai essere prestati ad altre persone; è bene che siano cambiati ogni giorno, e lavati in acqua calda.

I malati di ozena debbono dormire da soli e astenersi dal baciare sul viso parenti e amici.

L'A. termina dicendo che la batteriologia e la vaccinoterapia debbono essere messe all'ordine del giorno.

A. POZZI.

Sulla tubercolosi delle ghiandole peribronchiali.

J. Hawes e E. Friedmann (*Boston M. and S. Journ.*, 14 maggio 1925), sopra un'esperienza di 100 casi, osservati durante sei mesi, e raffrontando i responsi indipendenti di tre esperti radiologi, e di tre esperti internisti sugli stessi casi, giungono alle seguenti conclusioni:

In circa la metà dei casi è difficile giudicare se le ombre ilari dei fanciulli sono normali o no, se inoltre vi è una lesione tubercolare, e se essa è attiva o no, recente o antica: giudicano quindi utile un ulteriore studio delle lesioni ilari postume ad infezioni acute non tubercolari delle vie respiratorie.

Il segno di D'Espine (ascoltazione della voce afona sotto la 2ª o 3ª vertebra dorsale) si dimostrò per essi di scarso e incerto valore, così pure il segno di Smith (rumore di trottola sul manubrio dello sterno a capo iperesteso): questo segno è fisiologico nei bambini con collo corto.

L'ottusità parasternale è per gli AA. di poco valore: qualche valore avrebbe invece quella paravertebrale.

Pertanto la diagnosi di adenite ilare tubercolare va posata sopra un insieme di segni, dando non poco valore alla costituzione, allo stato generale, alle reazioni tubercoliniche positive, all'anamnesi personale e familiare.

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sulla funzionalità epatica nella malaria acuta e cronica.

Studiando la funzionalità della ghiandola epatica nei malarici, Monteleone (*I problemi della nutrizione*, n. 7, 1924) esplorando la funzione biligenetica del fegato, l'azione sui grassi della bile, la proteopessi, la glicogenesi, l'ureogenesi, la funzione antitossica giunge ai seguenti risultati:

Sono evidenti alterazioni della funzione biligenetica con reperto di pigmenti biliari, nel 6 % dei casi esaminati, con reperto di urobilina nel 95 % dei casi. Alterazioni della glicogenesi furono trovate nel 30 % dei malati; della proteopessi nel 60 %; del potere antitossico in circa la metà dei casi. Viceversa nessuna alterazione l'A. ha messo in evidenza rispetto al ricambio dei grassi, nel mentre quasi costantemente constatò alterazioni del ricambio azotato.

Nella malaria acuta e cronica si può concludere dunque che si ha con rimarchevole frequenza una lesione della cellula epatica. La lesione è talora monosintomatica nella estrinsecazione delle funzioni epatiche (glicosuria, urobilinuria, ecc.) talora polisintomatica (glicosuria più alterazioni del ricambio azotato, ecc.).

Si potrebbe in ordine decrescente della labilità, considerare più facilmente alterabile nella malaria la funzione proteopessica, indi la biligenesi, la glicogenesi, l'ureogenesi, il potere antitossico del fegato.

La funzione biliare è colpita spesso, ma non con quella frequenza e predilezione ammessa da taluni AA., in specie francesi. Le ricerche dell'A. mettono in rilievo, d'accordo in ciò col Labbé e Canat, la facilità con la quale i malarici vanno incontro ad alterazioni del ricambio azotato e della funzione glicogenetica: alterazioni di tali funzioni che le esperienze mostrano stabilirsi fin dai primi accessi febbrili, non vi ha dubbio debbano essere tenute in gran conto nella patogenesi degli accidenti di perniciosità, o, per lo meno, di alcuni sintomi perniciosi, qualora si ricordi la tossicità delle sostanze che un alterato ricambio azotato od idrocarbonato apporta nel circolo.

A.

Tasso dei pigmenti biliari nel sangue e resistenza globulare in vari stati morbosi.

Le modificazioni del contenuto di bilirubina nel siero di sangue non sono sempre parallele a quelle del tasso dei globuli rossi e della emoglobina. All'infuori dell'emolisi dei globuli rossi il valore della bilirubina è influenzato dalla capacità produttiva del sistema reticolo-endoteliale, e così pure dall'attività delle cellule epatiche, come apparato secretore dei pigmenti biliari.

Il tasso dei pigmenti biliari nel sangue nel corso di malattie che si manifestano con un aumento di emolisi non è parallelo alle modificazioni della resistenza globulare. Fra i risultati notati in diverse affezioni va rilevato che nel corso delle nefriti si constata una diminuzione notevole o anche la assenza della bilirubina nel siero di sangue accanto ad un aumento della resistenza globulare. Nelle malattie infettive vi è un aumento di pigmenti biliari nel sangue: insignificante nel tifo (da 0.7 a 0.9) l'aumento raggiunge il triplo del normale (da 1 a 1.5) nella polmonite, prima della crisi, quando si constata una contemporanea diminuzione notevole della resistenza globulare.

Basandosi su dati simili, si può differenziare il tipo di anemie aplastiche con tasso di bilirubina normale, o poco elevato, e resistenza globulare normale, dal tipo di anemie emolitiche con aumento forte della bilirubina e con diminuzione della resistenza globulare.

A queste conclusioni giunge J. Held (*Polska Gazeta Letarska*, t. III, 1924) da ricerche compiute in 50 casi di affezioni diverse.

A. PICCINELLI.

IGIENE.

Un nuovo metodo per la differenziazione del latte fresco da quello bollito.

Heckma E. (*Verslagen van Landbouwkundige onderzoekingen der Rijkslandbouwproefstation*, n. XXIX, p. 49-60) propone il metodo seguente:

A 5 cmc. del latte, precedentemente filtrato attraverso al cotone, si aggiungono 5 cmc. di soluzione 0,1-0,2 % di « trypanblau » in acqua distillata o, meglio, in soluzione fisiologica. Si mette la miscela in un tubo da centrifuga con la parte inferiore capillare (p. es., il tubo di Trommsdorff), si lascia a temperatura di stanza per 10 minuti e poi si centrifuga per 20 minuti. Si versa la crema ed il latte magro e si aspira il poco liquido rimasto vicino al sedimento mediante una pipetta capillare. Poi si rimescola bene il sedimento con una fine pipetta capillare, se ne prende una goccia o due (sempre la stessa quantità!) che si esamina al microscopio, avendo cura di ripartire uniformemente il materiale fra il porta- ed il coprioggetti. Si osserva con un sistema a secco, e si deve osservare il numero delle cellule colorate

e non colorate, l'intensità di colorazione ed il numero complessivo delle cellule, facendo la media di 25 campi. Bisogna guardarsi dal confondere le cellule con goccioline di grasso o con pellicole di schiuma.

Si possono avere i seguenti risultati:

1) Latte crudo. Si vedono soltanto cellule (relativamente grandi) non colorate;

2) Latte molto riscaldato (10' a 70°; 2'-3' a 80°-90°; 1'-2' a 100°). Gran numero di cellule intensamente colorate, mentre mancano quelle scolorate e poco colorate;

3) Latte riscaldato a bassa temperatura (10' 30' a 63°). Discreto numero di cellule debolmente colorate);

4) Miscela di latte crudo e di quello molto riscaldato. Accanto a cellule intensamente colorate, se ne vedono altre non colorate.

Questo metodo vale anche se il latte è stato addizionato con formalina o con bicromato di potassio, nel qual caso le reazioni di Storch e di Rothenfusser (ricerca dei fermenti) non possono fornire alcuna indicazione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Spasmofilia. — All'abb. n. 8048, dott. A. C.:

L'etiopatogenesi della spasmofilia è ancora oscura. Date le sue analogie sintomatologiche con la tetania e i risultati degli studi sperimentali di Vassale, si è attribuito il disordine a disfunzione o ipofunzione delle glandule paratiroidi. In conseguenza dovrebbero giovare i prodotti opoterapici relativi.

Più recentemente si è ritenuto che la spasmofilia fosse l'espressione di alterazione nutritiva in rapporto a carenza di vitamine. È certo comunque che il disturbo si presenta con grande frequenza in bambini con note di rachitismo, e che la terapia indirizzata a modificare il fattore costituzionale riduce la frequenza o determina la scomparsa degli spasmi. Non è il caso di avvertire che non bisogna abusare dei medicamenti. Più di tutto giovano l'adatta alimentazione, la vita all'aria aperta, i bagni caldi ripetuti più volte al giorno.

DR.

All'abb. n. 8358:

Può consultare: DE BEURMANN et GOUGEROT, *Les sporotrichoses*, Paris, Alcan éd. 1912, e la collezione del *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle* dal 1910 in poi.

Per le dermatomicosi consultare i grandi trattati di dermatologia. V. MONTESANO.

VARIA.

Nuovi orizzonti della psico-neurologia. È possibile la conquista dell'energia subcosciente.

Da « L'Avvenire Sanitario » riportiamo, in larga misura, un interessante articolo del prof. Lorenzo Ratto, eminente studioso di biologia e di sociologia, che sa vedere i problemi più nuovi e più cattivanti.

Comincia a balenare, qua e là, in due o tre teste di eminenti pensatori, l'intuizione che il secolo XX è destinato a diventare il secolo della conquista delle forze metapsichiche.

Così, ad esempio, il prof. Bechterew, dell'Università di Leningrado, pubblica nella nostra Rivista « Scientia » del giugno scorso un programma di studi psico-neurologici, cui propone di dare il nome nuovo di Riflessologia, riconoscendo necessario emancipare la dottrina e clinica delle malattie della personalità dalla parola *psiche*, dalla terminologia fornita a prestito dai psicologi ai psichiatri, e dal bisogno o metodo convenzionale di far capo ai fenomeni della coscienza e alle facoltà dell'anima del soggetto anormale o malato. Essendo ormai certo che la coscienza è un epifenomeno, e non un agente, dobbiamo sbarazzarci dal *culto della coscienza*, per scendere ai piani della subcoscienza ed incoscienza, studiarne le stratificazioni e i diaframmi, accertare le interruzioni del diaframma della coscienza; le differenze tra le razze umane nello sviluppo delle facoltà medianiche; la possibile selezione, educazione, di queste facoltà, l'utilizzazione di esse per la pedagogia, la clinica, la politica in generale.

Ma è soprattutto al poeta e filosofo Maurizio Maeterlinck, che dobbiamo le intuizioni più poetiche, o creatrici, sul *grande segreto* della Natura e sull'*Ospite ignoto*, cioè sul soggetto che sente, pensa, agisce in noi, mediante il nostro cervello, le nostre ghiandole endocrine, il nostro sistema nervoso. Egli ci fa intravedere la *possibilità* futura di allacciare gli sforzi attuali di psico-neurologi e psichiastri a quello dei cultori delle scienze metapsichiche, per costruire, finalmente, la teoria generale delle manifestazioni e utilizzazioni dell'energia subcosciente.

Nulla di più utile che prendere in esame le ipotesi di studio in corso circa la genesi dei miracoli moderni, naturali e sperimentali.

Le cure miracolose di Lourdes e di altri santuari cristiani, musulmani, buddisti; l'asepsia fluidica; l'esteriorizzazione della sensibilità; l'incombustibilità e invulnerabilità del corpo umano nelle esperienze dei fakiri e dervisci; l'inumazione

prolungata di esseri viventi; le stimmate e il sudore di sangue nei soggetti cosiddetti istericoreligiosi: il miracolo del sangue di S. Gennaro; le facoltà medianiche normali o generali e quelle straordinarie rarissime; gli animali pensanti e calcolatori; i bambini musicisti-nati o calcolatori-nati, i soggetti fotofori, le materializzazioni, la levitazione, la xenoglossia, la bacchetta divinatoria dei rabdomanti, ed altri cosidetti sortilegi, o miracoli, sono fenomeni che le Società di ricerche e scienze psichiche tentano di ridurre al comune denominatore *metapsichia;* colla speranza di inquadrarli nella *fisica del subcosciente;* depurandoli, bentinteso, dalla percentuale alta di superstizioni, simulazioni e frodi che da 50 secoli è *sempre* commista in tutti i fenomeni del cosidetto occultismo, in ragione diretta dell'impotenza della scienza ufficiale a spiegarli. Orbene, le più preziose facoltà dell'uomo, quelle medianiche, che sono generali ma enormemente disuguali secondo le razze e gli individui, rimangono finora sterili, perchè da 50 secoli la scienza è impotente a selezionarle, educarle, governarle, ridistribuirle attraverso le rotture, naturali o artificiali, del diaframma che separa la coscienza dalla subcoscienza.

Perchè le scienze psichiche sono rimaste da tanti secoli allo stato primitivo? perchè sono così intrise di illusioni e superstizioni?

A questa domanda Maeterlinck risponde: era necessario che le scienze fisiche le precedessero, per preparare loro la strada ed i mezzi e strumenti di analisi e sperimentazione.

Non si poteva indagare l'occulto, misurare il gigante ignoto che è in noi, ignorando fisica, chimica e meccanica.

Oggi che la fisica è bene armata, può estendere il suo dominio verso la conquista dell'energia subcosciente.

Ma bisogna prendere il nostro coraggio teorico a due mani, per abbandonare risolutamente l'illusione subbiettivista che rampolla dalla nostra coscienza; e bisogna trasportare logicamente questa nuovissima passione teoretica anche nel campo dell'Etica e della Politica, per allacciare di nuovo l'Oriente all'Occidente e farla finita colla psicologia individualista o subbiettivista d'origine medievale, barbarico-romana, cioè albertinotomista, che è la fonte prima della intolleranza e della bellicosità e ferocia degli abitanti dell'aiuola europea e la causa di ogni malessere, etico-religioso, economico e politico, dell'Uomo europeo su qualunque continente egli viva e predomini.

Siamo già su questa strada; perchè si comincia a parlare di *coscienza cosmica diffusa.* Cade così il dogma materialista: « *non c'è pensiero senza cervello* »; perchè la Natura non ha bisogno di cervello per produrre delle idee. E cessa quindi l'*eterno errore* di considerare il pensiero come un'attività cosciente; mentre è sempre più evidente che soltanto ciò che è stato pensato in noi diventa, o può diventare, per noi, cosciente. Ritorniamo, insomma, alla dottrina orientale, greca, araba dall'anima, anteriore alla psicologia costruita dal genio altissimo di Tommaso d'Aquino e tuttora vigente a base del nostro scibile universitario.

Come osserva Maeterlinck, il soggetto gigantesco e potente che pensa in noi non ha bisogno assoluto del nostro cervello personale; perchè può valersi di qualunque altro apparecchio conduttore, condensatore, riflettore, quando il nostro cervello è guasto o frantumato. Noi non abbiamo modo di *conoscere* l'essenza di quel soggetto, che denominiamo variamente· anima, spirito, scintilla divina, corpo astrale o eterico, subcosciente; oppure *ospite ignoto*, come saggiamente propone di chiamarlo lo stesso Maeterlinck. Ma ciò non significa affatto che sia impossibile alla nostra volontà di dominio di arrivare a sfruttarlo, mediante l'ipnotismo e l'energia medianica, e coll'aiuto di strumenti di fisica raffinatissimi, che potremo, forse presto, costruire, per adattarli alla misura e captazione dell'energia subcosciente. Questa energia che noi fino ad ieri supponevamo fosse la *suggestione* di un soggetto su di un altro soggetto, non è altro che il *fluido vitale* di cui già San Tommaso riconosceva l'esistenza, emanante a fiotti dalle radici del nostro essere e comunicante col fluido di tutti gli altri esseri viventi, come riconobbe, per suggestione orientalista, San Francesco d'Assisi. È percettibile ai soggetti sensitivi in stato di ipnosi. È trasferibile, imprigionabile, captabile e forse accumulabile. Quindi sarà sfruttabile dall'*arte salutare*, dall'*arte educativa*, dall'*arte politica.* Ma non è la *nostra* intelligenza che potrà utilizzarla! È soltanto la nostra volontà passionale di dominare — con nuovi metodi e scopi — spazio, materia e prossimo, che potrà agire.

LORENZO RATTO.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CACCIA F. *Trattamento e sgombero dei feriti degli arti in guerra.* — Roma, Giornale Medicina Militare, 1924.

CAPECE NICOLÁS. *Un Craniómetro fetal interno y un Pelvimetro interno.* — Bahia Blanca, Jannelli, 1924.

CARDI GIUSEPPE. *Sulla sintomatologia dei tumori del corpo calloso.* — Rimini, Tip. Operaia, 1924.

CASTIGLIONI ARTURO. *Il libro della pestilenza di Giovanni de Albertis da Capodistria.* — Trieste, Tip. Lloyd Triestino, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE

LXV — Le preferenze nei concorsi per benemerenze militari.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 23 luglio 1925, n. 325, ric. Lentini dott. Giovanni contro Comune di Spaccaforno, ha ritenuto: *a*) che le preferenze attribuite dall'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, ai benemeriti della guerra ed estese dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 1923, alle nomine per gli enti locali, non sono efficaci nei concorsi all'ufficio di medico condotto; *b*) che il titolo dal quale deriva la preferenza non è operativo di effetti in sede di scelta e di nomina se doveva essere e fu considerato in sede di graduatoria.

È da ritenere che questa decisione sia effetto di una svista e che rimanga, perciò, isolata. Crediamo, tuttavia, utile segnalarla augurando che, in questa delicata materia, non si ripetano i contrasti, le incertezze e gli errori che hanno reso più gravi le conseguenze dell'applicazione del decreto 27 maggio 1925 circa la competenza a giudicare dei ricorsi concernenti riforme di organico e dispense dal servizio.

Prima di indicare sinteticamente l'errore della risoluzione, che è oggetto di questa nota, riportiamo integralmente il testo della decisione.

« Considerato, circa il secondo motivo, che la posizione speciale dei reduci di guerra nei riguardi del loro collocamento nei ruoli delle Amministrazioni locali è regolata dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073, il quale si richiama: *a*) alla legge 21 agosto 1921, n. 1312, per gli invalidi di guerra; *b*) all'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, che determina l'ordine delle preferenze, in sostituzione di quello stabilito dal R. D. 18 settembre 1919, n. 1825 (art. 3), nel conferimento dei posti di primo grado; *c*) all'art. 7 (3° comma) del R. D. 28 gennaio 1923, n. 153, che prevede le assunzioni di personale nei posti vacanti di primo grado.

« Lasciando da parte le norme a favore degli invalidi, la cui applicazione non ricorre nel caso, risulta dal combinato testo delle citate disposizioni che il legislatore ha voluto distinguere i posti da conferirsi senza concorso, ma su graduatoria, dai posti da conferirsi per concorso. Nei riguardi dei primi, parla di *precedenza* (art. 7 del R. D. 28 gennaio 1923, 3° comma); nei riguardi dei secondi, di *preferenza* (art. 9 del R. D. 30 settembre 1922). Alla diversità dei vocaboli usati dal legislatore nei due distinti casi, la difesa del ricorrente, nella discussione orale seguìta nella pubblica udienza, ha attribuito un valore sostanziale, nel senso che, quando la legge ha parlato di *preferenza*, ha inteso riferirsi non tanto alla graduatoria quanto alla nomina.

« Il Collegio ha considerato che i due diversi vocaboli usati dal legislatore rispondono ad una evidente precisione di linguaggio. La *precedenza* è un criterio relativo in ordine a turno di tempo, ed è vocabolo bene appropriato al caso di graduatoria prescritta dal legislatore appositamente per regolare l'avvicendamento delle assunzioni da farsi senza concorso; la *preferenza* è un criterio relativo di scelta che entra in funzione tra persone giudicate *ex aequo*, ed è vocabolo bene appropriato al caso nel quale è stato adoperato, cioè di partecipanti a concorso giudicati a parità di merito. Il primo criterio agisce in senso discendente; il secondo in senso parallelo.

« Ciò premesso, è da aggiungere che queste norme a favore dei reduci e dei benemeriti di guerra debbono avere piena applicazione allorchè ricorre questa duplice condizione: che si tratti di posti di primo grado; che si tratti di graduatoria cui debba *riconoscersi un valore assolutamente vincolativo*.

« Il Consiglio di Stato, nel parere di adunanza generale 15 maggio 1924, ha ritenuto che il posto di medico condotto debba considerarsi come di primo grado quando non sia prescritto un determinato precedente periodo di esercizio professionale e quando non si tratti di Comune avente più condotte delle quali una organizzata in modo diverso dalle altre.

« Nel caso della vertenza in esame, la prima condizione, pertanto, ricorre.

« Ma non ricorre la seconda.

« Nei nostri ordinamenti amministrativi, risale ormai a più di un ventennio la norma secondo cui le nomine dei medici condotti debbono seguire sulla base di una pluralità di designati (che, di solito, è una terna), con libera scelta entro i limiti del numero dei designati come più meritevoli, con votazione non inferiore ai 27/30.

« Gli ordinamenti sanitari sono stati completati e modificati con il R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, posteriore a tutte le ricordate disposizioni a favore dei reduci e benemeriti di guerra; ma il

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

sistema della libera scelta entro i limiti predetti è rimasto invariato e, quindi, confermato.

« In questo stato di diritto, ha tuttora vigore il principio interpretativo affermato dalla giurisprudenza di questo Consesso, che nei casi in cui la graduatoria — come per i medici condotti — non ha una efficacia vincolativa assoluta, in quanto l'ente locale ha dalla legge libertà di scelta entro certi limiti della graduatoria stessa, il diritto di scelta non è e non può essere menomato.

« È evidente che libertà di scelta e rispetto a preferenze sono termini antitetici. In questi casi, le benemerenze di guerra si risolvono in un vantaggio nella graduatoria, e il Lentini ne ha usufruito, poichè la classifica definitiva stabilita dalla Commissione giudicatrice, come chiaramente si desume dai verbali, è dovuta non solo alla valutazione della attività pratica scientifica, del corredo della preparazione scolastica, ma altresì alla considerazione di titoli di natura diversa, e specialmente dei servizi militari. Ora, per principio generale, non è ammesso che di un requisito di preferenza il candidato possa avvalersi due volte nelle diverse fasi di un concorso. Quando il legislatore ha voluto che la prevalenza stabilita a favore dei reduci di guerra valga agli effetti della nomina, e non solo agli effetti della graduatoria, espressamente lo ha dichiarato, come ha fatto nei riguardi degli invalidi con l'art. 8 del R. D. 29 gennaio 1922, n. 92, portante il regolamento per la esecuzione della ricordata legge 21 agosto 1921, n. 1312 ».

*
* *

Sin qui la decisione 23 luglio n. 327. Ma la stessa V Sezione, con decisione 27 marzo 1925, n. 169, ric. Repullone dott. Paolo contro Comune di Guassano, aveva deciso in senso diametralmente contrario: « l'art. 2 del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, il quale fu esteso ai concorsi per l'assunzione di impiegato delle amministrazioni locali dispone che nei concorsi per assunzione del personale nel 1° grado delle singole carriere, a parità di merito, sono preferiti, secondo un ordine indicato, i benemeriti della guerra; non può l'amministrazione non applicare tale articolo adducendo che del servizio di guerra già tenne conto la Commissione giudicatrice del concorso, posto che i titoli dei concorrenti (non esclusi i titoli di servizio militare) *furono valutati dalla Commissione ai fini tecnici e professionali, il che non impedisce che del servizio di guerra possa e debba tenersi conto quale titolo di preferenza, a parità di merito nella nomina* ».

Il contrasto tra le due decisioni è manifesto e irriducibile. Nei due casi si trattava di concorso all'ufficio di medico condotto; nessuna particolarità distingueva l'uno dall'altro caso, sì da giustificare una diversa decisione. A distanza di pochi mesi la V Sezione ha risoluto, dunque, in senso diverso e contradittorio la stessa questione di principio.

Ciò è deplorevole perchè determina uno stato di disorientamento e di incertezza e disparità di trattamento.

Ma noi speriamo che la seconda decisione rimanga un caso isolato di deviazione. Con essa, la V Sezione ha, in sostanza, disapplicato l'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 ed ha ricondotto la preferenza dei benemeriti della guerra alla condizione che ad essi era fatta dal R. D. 18 settembre 1919. Questo decreto attribuiva un titolo di preferenza, a parità di merito, agli effetti *della graduatoria*.

Ma tale disposizione era praticamente inefficace nei casi in cui la graduatoria non vincolava l'amministrazione e questa aveva facoltà di scelta. Il R. D. 24 settembre 1923 provvide ad un sistema completo ed estese agli enti locali la disposizione del terzo comma dell'art. 7 del R. D. 28 gennaio 1923, n. 153 (*precedenza nella graduatoria*) e quella dell'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 (*preferenza nei concorsi*). Secondo la risoluzione del Consiglio di Stato si dovrebbe ritenere che siano efficaci soltanto le norme concernenti la precedenza *nella graduatoria*: ma ciò significherebbe non applicare una delle due disposizioni, precisamente quella dell'art. 9 che completa il sistema legale attribuendo un diritto di *preferenza nei concorsi*, cioè agli effetti della nomina nei casi in cui la graduatoria non ha efficacia vincolante, mentre l'art. 7 del R. D. 28 gennaio 1923, attribuisce un diritto di *precedenza*, nella graduatoria, nei casi, cioè, in cui l'Amministrazione è obbligata ad osservare l'ordine della graduatoria.

Errata è anche l'altra risoluzione, come è spiegato chiaramente dalla decisione 27 marzo 1925 della stessa V Sezione: agli effetti della graduatoria, si tiene conto del *servizio* militare se ed in quanto sia *indice di merito*, di *capacità tecnica*, come qualsiasi altro titolo professionale; invece, agli effetti della preferenza, la legge considera la *benemerenza militare, cioè un titolo diverso*.

La distinzione è così evidente che sorprende perfino la confusione che il Consiglio di Stato ne ha fatto in contrasto con suo precedente giudicato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso dei medici condotti.

Per varie contingenze locali il XIX Congresso Nazionale Sindacato Medici condotti, indetto a Siracusa, è rimandato dal 17-19 al 19-21 ottobre. Le adesioni si ricevono dal segretario del Comitato organizzatore, dott. Giovanni Cappello, Spaccaforno (Messina).

Avrà luogo una speciale crociera per chi desiderasse compiere il viaggio per mare a Siracusa da Genova o da Livorno o da Civitavecchia o da Napoli, con approdo a Giardini-Taormina, senza aggravi di spesa; eventualmente si farà una gita a Malta.

All'ordine dei medici di Messina.

Il 30 agosto ebbero luogo le elezioni; su 400 iscritti hanno votato 238 sanitarî; schede bianche 4; eletti i dottori Vinci prof. Gaetano, Isaja prof. Angelo, Cocito Carlo, Bartolone Gioacchino, Famulari Sebastiano, Faranda Stapino, Tomaselli Giovanni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AQUILA. *Congregaz. di Carità.* — Med. primario dell'Osped. di S. Salvatore. Vedi fasc. 36. Scad. ore 12 del 25 sett.

CARRARA. *Municipio.* — Medico-direttore dell'Ambulatorio anticeltico. Vedi fasc. 36. Scad. 30 sett.

CASTELCIVITA (*Salerno*). — Scad. 30 sett. Una delle due cond.; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1000 cav., addizion. L. 5 ogni povero eccedente 20 % della popolaz.; tassa L. 50,15.

CELLE S. VITO (*Foggia*). — A 30 gg. dal 7 sett.; L. 9000; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg. Documenti a 3 mesi dalla presentaz.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. di Prato; Scad. ore 17 del 10 ott.; L. 12,000 e c.-v.; 8 trienni decimo; valutaz. parziale servizi prestati; è concesso il libero eserc. profess. Età lim. 45 a. Ab. 60,560. Chiedere annunzio.

GRASSANO MONFERRATO (*Alessandria*). — Scad. 30 sett. L. 7000 pei pov. non oltre 10 % della popolaz., addizionale capitaria L. 4, mezzo trasp. L. 500, uff. san. L. 500.

ISOLA DEL LIRI (*Caserta*). — 2ª condotta; vedi fasc 34; proroga al 30 sett.

LECCO (*Como*). — 1ª cond.; L. 9000 oltre L. 700 mezzi trasp.; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Scad. ore 17 del 30 sett.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONFUMO (*Treviso*). — A tutto 30 sett.; L. 9500; indenn. trasferta e due c.-v.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

SALVITELLE (*Salerno*). — Scad. 30 sett. L. 7000.

S. MICHELE DEL QUARTO (*Venezia*). — A tutto il 30 sett., ore 17; per informazioni rivolgersi Segreteria.

S. PAOLO ALBANESE (*Potenza*). — Cond. resid., serv. pov. L. 7000; L. 500 uff. san.; aum. quadr. Scad. 15 ottobre.

S. PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª cond.; L. 8500, senza c.-v., fino a 1000 pov.; addizion. L. 3 per altri 500 pov. e L. 5 oltre; 5 quadrienni decimo; scad. 4 ott., ore 20; docum. a 3 mesi dal 4 sett. Serv. entro 15 gg. Tassa L. 50.20 al tesor. comun.

SONCINO (*Cremona*). — 3° riparto (Gallignano-Isengo). Scad. 30 sett. L. 11,000 oltre L. 1500 mezzo trasp., L. 300 ambulat., 1 ½ c.-v. in lire 1800; aumenti periodici fino al 50 % dopo 20 anni; ab. 2350, pov. 500; non obbl. cav.

S. VITTORIA IN MATENANO (*Ascoli Piceno*). — Kmq. 25 circa, a 650 m. alt. Ab. 2400 di cui 1600 circa sparsi; a cura grat. 25 %. L. 8500 compreso c.-v.; indenn. fissa L. 500; cinque quadrienni dec.; per cavalc. L. 2700. Tassa L. 50.15. Docum. a due mesi. Chiedere annunzio.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Galligo.

È aperto il concorso a un premio triennale di lire 500; possono parteciparvi tutti quelli che faranno qualche lavoro interessante di propria iniziativa e che illustreranno qualche importante parte di sifilografia o di malattie dei bambini. Scad. 31 marzo 1926. Indirizzare alla Presidenza dell'Accademia medico-fisica fiorentina, via Alfani 33, Firenze.

BORSE DI STUDIO.

Borsa Wassermann.

È bandito il concorso per la 2ª Borsa di studio Wassermann fra medichesse italiane. Per informazioni rivolgersi alla presidente dell'Associazione Nazionale Dottoresse in Medicina e Chirurgia, dott. Corcupino Ferrari - Salsomaggiore; oppure alla segretaria prof. dott. Costanza Boccadoro, via Volturno 7 - Lodi.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Gaetano Fichera è nominato membro dell'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires. Rallegramenti cordiali.

Il prof. Francesco Leoncini, di medicina legale a Parma, è trasferito a Firenze.

La dott.ssa Maria Benita Sindoni è abilitata alla libera docenza in patologia e clinica pediatrica.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congresso internazionale per la malaria.

Come abbiamo annunziato, è indetto a Roma dal 4 al 6 ottobre; si adunerà nel Palazzo della Esposizione (via Nazionale). La segreteria, diretta dai proff. G. Bastianelli e A. Nazari, ha sede in via XXIV Maggio, 14. Saranno discussi i seguenti temi:

1) Anofeli e malaria; relatori: Hackett (Stati Uniti), Sella (Italia);

2) Parassiti: biologia, unità o pluralità; relatore: Marchoux (Francia);

3) Gli alcaloidi della china e la terapia della malaria; relatori: James e Dale (Inghilterra), Kaufmann (Svizzera), V. Ascoli (Italia);

4) Fattori epidemiologici e misure antianofeliche; relatori: Sergent (Francia), Kligler (Palestina), Gosio (Italia), Barber (Stati Uniti);

5) Propaganda, statistica; relatore: Lasnet (Francia);

6) Febbri d'inoculazione; relatore: A. Marie (Francia).

Il prof. H. Dürck (Germania) terrà una conferenza sulle alterazioni anatomo-patologiche del sistema nervoso nei malati di « malaria tropica ». Sono annunziate comunicazioni di: Strong, Swellengrebel, Abetti, Ibba, ecc.

Nei locali del Congresso si terrà un'Esposizione di dati statistici sulla lotta anti-malarica in Italia.

Il 7 ottobre avrà luogo una gita alla Scuola malariologica di Nettuno, al centro diagnostico di Ferriere, alle opere della Croce Rossa nelle Paludi Pontine e un pranzo ad Anzio; l'8 e il 9 ottobre una visita alle bonifiche idrauliche del Ferrarese.

Sono predisposte gite collettive per le visite di Roma e dintorni.

I congressisti sono di tre categorie: rappresentanti di Governi, rappresentanti d'Istituti e individuali. Quota d'iscrizione: Lit. 100.

Lingue ufficiali: italiano, francese, inglese, spagnolo, tedesco. Si prega di far uso, per quanto è possibile, del francese e dell'inglese, così nel redigere le relazioni come nella discussione.

L'Ente Nazionale Industrie Turistiche (ENIT) s'incarica di trovare gli alloggi. Le Ferrovie concedono la riduzione del 30 % (valevole dal 15 settembre al 15 ottobre).

IV Congresso internazionale d'infortunistica e malattie del lavoro.

Come avevamo annunziato, si è svolto ad Amsterdam dal 7 al 12 settembre. Venne inaugurato dal ministro del lavoro Koolen, presenti numerose autorità; il presidente del Congresso van Eden rivolse un cordiale saluto in italiano alla delegazione italiana; rispose ringraziando il capo della delegazione stessa, dott. G. V. Repetti, generale medico della R. Marina.

La lingua italiana venne riconosciuta ufficiale. Daremo prossimamente un resoconto dei lavori.

Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica).

È stata diramata la seguente circolare ai principali periodici italiani di medicina:

Egregio Collega,

mi è grato di comunicarLe che un convegno della stampa medica italiana avrà luogo a Roma, in occasione dei congressi di Medicina interna e di Chirurgia, il 28 ottobre, nei locali della Clinica Medica.

Nel convegno sarà discusso se e come l'Associazione possa essere ricostituita e la figura che deve eventualmente assumere. Si procederà alle elezioni, qualora si deliberi per la ricostituzione. Saranno inoltre presi in esame i temi di qualche importanza che possono venire proposti da giornalisti medici, siano o non soci dell'attuale Associazione.

Confido che Lei voglia farmi conoscere le Sue proposte e conto sul Suo intervento al convegno.

Il ff. presidente: V. ASCOLI.

Al Congresso stomatologico italiano.

Gli inscritti sono stati 150, dei quali circa cento recatisi a Budapest. Quivi la commemorazione del grande stomatologo ungherese Giuseppe De Arkövy ebbe luogo il 14 sett. alle ore 11 nella Clinica Stomatologica della R. Università, alla presenza dell'ambasciatore d'Italia, dei rappresentanti del Governo ungherese, della Città di Budapest, dell'Università e della classe medica. Daremo prossimamente ulteriori notizie.

Congresso italiano di otorinolaringologia.

Si è adunato a Venezia, sotto la presidenza del prof. Gradenigo, il 22° Congresso nazionale di otorinolaringologia. Daremo prossimamente un breve resoconto dei lavori.

Associazione medica italiana d'idrologia, climatologia e terapia fisica.

La « Sezione Italia Settentrionale » di detta Associazione terrà la annuale « riunione regionale » nel prossimo ottobre a Trento, sotto la presidenza del prof. P. Piccinini, partecipando anche ad una gita a Merano, organizzata, sotto gli auspici della « Confederazione Nazionale Enti Autarchici », dal « Comitato di Cura » della Città di Merano.

Si prega vivamente di voler mandare, per norma degli organizzatori locali, la propria adesione impegnativa entro il 25 settembre, indirizzandola al segretario della « Sezione Alta Italia Ass. Idr. » dott. C. Corbellini, via S. Paolo, n. 10 - Milano. (Non vi è alcuna tassa di inscrizione).

Congresso francese dell'infanzia.

Si terrà a Clermont-Ferrand dal 24 al 27 settembre; comprenderà le sezioni: Legislazione, Economia ed azione professionale, Statistica e propaganda, Morale e insegnamento, Igiene e abitazione.

Chirurgi americani in Europa.

Durante l'estate varie comitive di chirurghi americani hanno visitato l'Europa e alcune sono venute anche in Italia. A Roma si ebbe prima la visita del Dr. Ch. Mayo di Rochester, che fece alla R. Accademia medica in una seduta speciale una breve ma interessante esposizione della sua esperienza sulla malattia di Flajani-Basedow, basata su migliaia di casi osservati e operati nell'ospedale St. Mary di Rochester, essendo tale affezione assai frequente in America. Il Mayo raggiunse poi a Londra una comitiva numerosa di chirurghi americani, di cui gruppi divisi visitarono poi la Francia, la Svizzera e l'Italia, e in parte vennero anche a Roma.

Speciale visita a Roma fece la Società di Chirurgia clinica (Society of clinical Surgery) che compie annualmente viaggi d'istruzione e quest'anno è venuta in Europa, iniziando le sue visite dall'Italia, e per prima da Roma. Di essa è Presidente il Peck di New York e Segretario il Pool, pure di New York; fra i chirurghi più noti che facevano parte della comitiva erano Crile di Cleveland, Cheever di Boston, Clopton di St. Louis, Darrock di New York, Downes di New York, Gibbon di Filadelfia, Haggane di Nashville, Jakson di Madison, Iudd di Rochester, Jones di Boston, Mitchell di Washington, Niles di New York, Richardson di Boston, Rixford di S. Francisco, Sistrump di Rochester, Whipple di New York.

Sbarcati a Napoli vennero a Roma, dove nella Clinica Chirurgica vennero tenute in loro onore due sedute di operazioni e dimostrazioni. Nella prima dal prof. Alessandri vennero illustrati e operati quattro infermi, di cisti d'echinococco del fegato con chiusura per prima, di enorme megacolon sinistro con resezione del sigma ascendente e porzione del trasverso, di ulcera della piccola curvatura dello stomaco con resezione a manica, di pionefrosi calcolosa con nefrectomia. Nella seconda pure una cisti d'echinococco del fegato, un tumore della regione renale, un cancro dello stomaco ed uno della mammella. Vennero inoltre dimostrati agli illustri ospiti dal dott. Brancati tumori sperimentali ottenuti nello stomaco dei topi con ingestione prolungata di catrame, e dal dott. Baggio ulcere peptiche sperimentali prodotte nei cani con varia tecnica; oltre a interessanti radiogrammi di svariate lesioni.

Un'altra seduta operatoria venne tenuta in loro onore dal prof. R. Bastianelli.

Da Roma gli illustri chirurghi passarono a Firenze, Bologna e Venezia, dove pure visitarono cliniche e ospedali, presenziando atti operativi.

Società Napoletana di Chirurgi.

Si è costituita ad iniziativa di un gruppo di volenterosi ed ha tenuto una prima riunione di cui daremo prossimamente il resoconto.

Scambio di personale sanitario.

Il quinto scambio generale di personale sanitario, dell'Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni, cominciato il 17 maggio nel Regno dei Serbi, Croati e Sloveni, è terminato a Ginevra il 1° luglio; e, secondo la tradizione, i partecipanti allo scambio hanno ascoltato alcune conferenze sulla Organizzazione della Società delle Nazioni.

Durante il loro viaggio, che si è svolto sotto la direzione del dottor Stampar, capo del servizio di Igiene del Regno dei Serbi, Croati e Sloveni, questi funzionarii sanitarii, dopo aver fatto una visita d'insieme al paese, si sono divisi in tre gruppi ed hanno percorso rispettivamente la Serbia, la Dalmazia e la Croazia.

Per l'istruzione superiore.

Con R. Decreto n. 577 allo stato di previsione del bilancio della P. I. per il 1924-925, sono stati portati maggiori assegni per un milione di lire a favore degli istituti superiori e per 250,000 lire a favore delle biblioteche governative.

Per le commissioni di libera docenza.

Il Ministero della P. I., su parere conforme del Consiglio Superiore, ha accettato un ricorso del prof. Fasoli perchè le Commissioni di docenza per esame siano ripristinate come erano in origine. Il ricorso venne motivato dal fatto che il prof. Chiavaro era rimasto quale unico arbitro della odontologia in una Commissione di libera docenza.

Corsi di perfezionamento in dermosifilografia.

Presso la Clinica di dermatologia e sifilografia della Facoltà Medica di Parigi, nell'Ospedale St. Louis, si terranno, sotto la direzione del prof. Jeanselme, i seguenti corsi di perfezionamento: in dermatologia, con inizio il 5 ottobre; in venereologia, con inizio il 2 novembre; in terapia dermatologica, con inizio il 30 novembre. (La durata di questi corsi non è indicata nell'annunzio che ci è stato rimesso). Il diritto d'iscrizione per ogni corso è di fr. 150. A richiesta verrà mandato un programma dettagliato; rivolgersi al prof. Burnier, Hôpital Saint Louis (pavillon Bazin), 40 rue Bichat, Paris (10e). Le iscrizioni si ricevono alla Segreteria della Facoltà (rue de l'École de Médecine, guichet 4).

Cattedra di chimica delle proteine.

Per solennizzare il XXV anniversario dell'assunzione di Vittorio Emanuele III al trono, la Società « Piam » ha donato all'Università di Genova centomila lire, quale contributo alla istituzione di una cattedra di chimica delle sostanze proteiche, da assegnarsi con regolare concorso a un libero docente di fisica chimica. Questa cattedra, unica in Europa, diverrà un centro di studi di grande utilità per tutte le branche della biologia e della medicina.

Per l'Accademia delle Scienze di Russia.

Dal 5 al 13 settembre si sono svolte, a Leningrado prima e poi a Mosca, le feste indette dalla Repubblica dei Soviety per la ricorrenza del biennio di fondazione dell'Accademia delle Scienze di Russia. Le Facoltà mediche d'Italia sono state rappresentate dal prof. G. Mingazzini.

Per disciplinare le specialità farmaceutiche e infrenare la réclame ciarlatanesca.

L'on. Insabato ha interrogato il ministro « dell'interno per richiamare la sua attenzione sulla necessità che, considerando il crescente dilagare delle specialità farmaceutiche e dell'abuso di ogni forma di *réclame*, assai spesso ciarlatanesca, ottemperando anche a ripetuti voti espressi dalle Associazioni Mediche, e conformemente a quanto è già stato applicato nelle Nazioni più progredite, pur tenendo conto delle giuste esigenze dell'industria chimico-farmaceutica, ne sia disciplinata la produzione e il commercio e sia rigorosamente vietata la pubblicità indecorosa e disonesta, e che si colga appunto l'occasione dei lavori in corso della Commissione di revisione della Farmacopea Ufficiale per affidare ad essa anche l'incarico definitivo delle relative proposte con un'integrazione della vigente legge sulle farmacie od altri nuovi provvedimenti per la suprema tutela della salute pubblica ».

La nuova Farmacopea Ufficiale Svedese.

Il Consiglio Medico Svedese ha presentato al Re di Svezia il testo della 10ª edizione della Farmacopea. Coll'approvazione, che si spera prossima, il nuovo Codice terapeutico diverrà testo ufficiale a datare dal 1° gennaio 1926, sostituendo anche l'attuale Farmacopea Militare che vige dal 1903, nonchè la vecchia Farmacopea Veterinaria, che risale al 1880. Si adotta un nuovo stile di nomenclatura latina, per il che nel termine di un decennio i farmacisti dovranno acquistare nuovi allestimenti, modificando l'etichetteria. La spesa per tale modificazione in tutte le farmacie è approssimativamente calcolata in 572.000 corone.

Vaccinazione contro il cancro?

Il « Times » annunzia che il dott. Gye è riuscito a immunizzare i topi mediante un vaccino preparato col « virus » del cancro; nei topi vaccinati non si è manifestata la malattia malgrado ripetute iniezioni del virus contenente i germi del cancro e di estratti di tessuti cancerosi.

Per gli studi sul cancro.

Per promuovere gli studî di Gye e Barnard sul cancro, sir Dunn ha assegnato 10.000 sterline, pari a circa 1.250.000 lire it., in cinque quote annue uguali.

Nella stampa medica.

Ha ripreso le pubblicazioni il periodico « La Clinica Chirurgica », che era stato successivamente diretto da Bottini e Tansini, da Ceccherelli, da Alessandri; la direzione ne è stata ora assunta dal sen. Baldo Rossi; redattori ne sono Mario Borghi ed Enrico Bertolini. La ripresa coincide con l'inaugurazione dell'Università Milanese. Augurî.

Gara per la Fondazione De Giaxa.

Il Comitato per le onoranze al prof. Vincenzo De Giaxa, presieduto dal prof. D. De Blasi, Direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Napoli, ha ripetuto per la seconda volta, con successo, la gara tra laureandi in medicina, su di un tema scritto in igiene, secondo gli statuti della « Fondazione Vincenzo De Giaxa », che sta per costituirsi in Ente morale.

I concorrenti si sono provati sul tema: « I disinfettanti »; sono riusciti vincitori: il laureando Francesco Dima, al quale è stato conferito il primo premio di lire 1000; ed il laureando Vincenzo Albano, che ha guadagnato il secondo premio di lire 500.

Il prof. De Blasi ha proceduto alla consegna dei premi ai vincitori, pronunziando elevate parole di incoraggiamento ed inviando un saluto all'illustre Maestro.

Il prof. Morelli.

Il prof. Eugenio Morelli di Pavia ha tenuto, in seguito ad invito, una conferenza nell'Università di Amburgo sul pneumotorace.

Onoranze al prof. Guzzoni.

I laureandi della Facoltà medica dell'Università di Modena, in occasione della inaugurazione dei nuovi locali della Clinica Ostetrica, hanno offerto, per ricordo, una artistica pergamena, contrassegnata dalle loro firme, e una medaglia d'oro, al loro maestro prof. Arturo Guzzoni degli Ancarani, direttore della Clinica stessa.

Per il prof. Della Valle.

Sono state rese cordiali onoranze al prof. Antonio Della Valle, ordinario di anatomia comparata a Napoli, in occasione del suo collocamento a riposo. Gli è stata offerta una medaglia d'oro. Numerosi ed eletti gli oratori.

All'amico prof. Ferruccio Schupfer facciamo le più sentite condoglianze per la perdita del padre, sen. FRANCESCO, insigne giureconsulto e dotto professore dell'Università romana.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journal Amer. Med. Assoc., 11 apr. — H. STEENBOCK e A. L. DANIELS. Cibi irradiati e composti organici irradiati. — W. W. ELDRIDGE e S. A. SILK. Terapia terzanaria della p. p. — M. KOEHNE. Controllo dietetico della nefrite.

18 apr. — J. F. SILER e A. P. HITSCHENS. Trasmissione della dengua. — E. A. GRAHAM e al. Colecistografia.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 18 apr. — L. MAGNI. Tumore teratologico dell'epifisi cerebr.

Folia Med., 30 apr. — F. PANSINI. Linfadenosi aleucemica a decorso acuto.

Münch. Mediz. Wochens., 24 apr. — A. MAYER. Salpingostomia. — J. K. MAYR e C. MONCORPS. Milza ed eosinofilia.

Deut. Mediz. Wochens., 24 apr. — A. BETHE. Destrismo e sinistrismo. — F. MUNK e A. MUNCKE. Diagn. differenz. delle artriti cron. — B. MENDEL. Sulla leucotropina.

Giorn. di Cl. Med., 30 apr. — L. PONTICACCIA. Infez. umana da bac. di Bang e nuove fonti e vie di contagio della febbre maltese?

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — G. FIORITO. Il fattore « vitamine » nella biologia di alcuni germi. — V. VALLE. Il problema della malaria nel Veneto.

Radiol Med., mag. — P. PINCHERLE. Studio radiologico della pleurite mediastinica.

Practitioner, mag. — A. WRIGHT. Fisiologia della guarig. delle ferite. — W. WILLCOX. Il fattore tossico delle malattie con spec. rig. alle affez. reumat. cron. e al diab. — H. A. COTTON. Effetti delle sepsi croniche sul sist. nerv. centr. — A. H. TUBBY. Rachitismo e sottraz. di luce solare e di raggi ultra-violetti.

Lancet, 2 mag. — C. S. MYERS. La fatica industriale. — F. H. HUMPHRIES. La luce nella profilassi del rachit.

Presse Méd., 22 apr. — C. JEANNIK. Si conosce la durata della gravid. e si può fissare l'epoca del parto? — P. HAUDUROY. Il batteriofago nella terapia della febbre tifoide.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 26 apr. — G. B. STEFANINI. L'argirina nelle infez. gonococc. genito-urin.

Gaz. d. Hôp., 28 e 30 apr. — J. RUSSETZKY. I riflessi del trigemino sul cuore.

Bull. Méd., 29 apr. e 2 mag. — R. CASTELNAU. Asma e sensibilizzazioni periferiche. — A. GARCIN. Trattam. della blenorragia acuta nell'uomo.

Deut. med. Wochens., 1 mag. — G. BESSAN. Trattam. dei disturbi acuti della nutriz. dei lattanti. — ESAU. Mal rossino nell'uomo. — A. ADAM. Batteriologia e patologia dell'intestino nel lattante.

Presse Méd., 29 apr. — P. DELBET e A. MENDARO. Epiteliomi mammarî segreganti. — L. VARGAS SALCADO. Innesti di nervi conservati in alcool.

Acta Dermato-Venereologica, 1. — F. ALMVIST. Complicazioni della gonorrea rettale. — A. PELLICCIONI. Azione dei vaccini gonococcici. — F.-A. SCHMIDT. La malattia di Plaut.

Ann. de Méd., apr. — Numero sulle affezioni degli organi toracici e sulla tubercolosi.

Revue Neurol., apr. — P. HAUSALTER. Sindrome costituita da disturbi psichici e neuro-vegetali dell'infanzia. — W. STERLING. Disturbi nervosi nella trichinosi.

Arch. f. Sch. u. Tr.-Hyg., 1 mag. — D. ANTIC. Riproduz. sperimentale della malaria.

Wien. Klin. Wochens., 30 apr. — J. HALBAN. Modificazioni da tumori dei caratteri sessuali. — G. SCHWARZ. La questione dell'ulcera-carcinoma ai raggi X.

Clin. y Labor, feb. — R. L. MONZÔN. Antico e nuovo sulle pseudoartrosi.

Problemi della Nutriz., gen. — A. AGGAZZOTTI. Meccanismo d'azione dell'insulina. — D. MASELLI. I cilindri del coma diabetico. — P. INTROZZI. Azione dell'insulina sulla reaz. iperglicemica e sulla glicosuria alimentare.

Münch. Mediz. Wochens., 1 mag. — A. BIER. Considerazioni sulle emopatie. — F. BERING. La malaria nella cura dello stadio iniziale della sifilide del sist. nerv. — F. LANGE. Che cosa deve sapere di ortopedia il medico pratico.

Presse Méd., 25 apr. — L. BÉRARD. Non radio nè curieterapia nel gozzo benigno. — P. SÉDELLIAN. Sul siero antistreptococcico.

New York St. Journ. of Med., apr. — S. W. LAMBERT. Progressi nell'insegnam. della medicina.

Riv. di Cl. Pediatr., mag. — U. DE GIRONCOLI, A. F. CANELLI. Terapia della lue congenita. — R. DARDANI. Il segno di Schridde nell'infanzia.

Riv. Ospedaliera, 28 feb. — T. PONTANO. La clinica e l'esperim. nelle infez. erpetiche.

Ann. Institut Pasteur, apr. — J. VALTIS. La fissaz. del complem. nella diagn. di tbc. — D. DE LA RIVIÈRE e E. ROUX. Flocculaz. dei sieri antimeningococcici in pres. d'estratti di meningococco.

Riforma Med., 6 apr. — V. ARIOLA. Nuovo misuratore della pressione capillare. — U. TOMASONE. I raggi ultraviol. nelle adeniti veneree.

Journal A. M. A., 25 apr. — E. FRANCIS. Tularemia. — S. MORSE. Roseola della congiuntiva nella sifilide second. — P. LEHMAN e H. V. GIBSON. Trattam. semplice e immediato del vomito.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 3 mag. — C. MANNUCCI. Tumore primitivo del pericardio.

Cl. Pediatr., apr. — P. BRUSA. Sindromi emocitoblastiche nel bambino. — O. ROSONI. Polmoniti itteriche nell'infanzia.

Osp. Magg., 30 apr. — C. LORENZETTI. Leucemia e tbc.

Riv. Med. Subalpina, mar.-apr. — C. VARESE. Sindromi pseudo-crupose da ascaridi.

Paris Méd., 2 mag. — Numero sulle malattie della nutriz.

Lancet, 9 mag. — J. B. LEATHES. Il compito dei grassi nei fenom. vitali. — A. BALFOUR. Le tendenze dell'igiene moderna. — B. HUME. La prostatectomia soprapubica.

Proc. R. Soc. Med., mag. — Discussioni sulla peritonite pneumococcica e sulle fistole. — Copiosa casistica.

Gaz. d. Hôp., 9 mag. — P. PAGÈS. Forme nervose dell'endocardite maligna a evoluz. protratta.

Presse Med., 6 mag. — G. ROUSSY. L'anatomia patolog.: lez. inaugur. — E. VALLET. Trattam. delle fratture delle dita.

Journ. Med. Franç., feb. — Numero sull'elettroterapia.

Minerva Med., 10 mag. — G. HALFER. Sulla lambliasi intestinale. — J. CAPPELLI. Reinfezione e superinfez. sifilitica. — A. CECONI. Distonie postencefalitiche.

Brit. Med. Journ., 9 mag. — C. P. SYMONDS. Sonno e insonnia.

Rev. españ. de Med. y Cir., mag. — J. CARPINTERO. Reaz. di Jarisch-Herxheimer. — O. DEVESA. Le norme cliniche dell'ortopedia meccanica.

Deut. Med. Woch., 6 mag. — OSTMANN. Modif. psichiche nella paralisi agitante. — KÖRNER. Epidemia di morbo di Weil. — G. SCHWARZ. Rafforzamento dei toni cardiaci mediante l'altosonante.

Münch. Med. Woch., 8 mag. — A. SCHITTENHEHN e M. KAPPIS. Trattam. chirurgico dell'angina pectoris. — GRUPPE. Iponutrizione di zolfo.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mag. — F. SMITH FEARING. Studio sperimentale del segno di Romberg. — J. L. ECKEL e W. J. JACOBS. Cordoma maligno sfeno-occipitale.

Quarterly Journ. Med., apr. — C. E. BRUNTON. L'urea del sangue nel diabete mellito. — H. E. ARCHER e G. B. ROBB. La tolleranza dell'organismo per l'urea. — H. GARDINER-HELL, J. JONES e J. FOREST-SMITH. L'obesità pituitaria nell'adolescenza. — H. GARDINER-HELL, P. C. BRETT e J. FOREST-SMITH. Tolleranza per i carboidrati nel mixedema.

Zeitschr. f Tuberk., mag. — H. BEITZKE. Le vie d'infez. della tbc. — H. GRAU. Prognosi delle caverne. — SCHULTE-TIGGES. Tecnica della roentgenterapia profonda nella tbc. polm.

Zbl. f. inn. Med., 9 mag. — A. SCHNEIDER. Origine e trattam. dell'asma bronch.

Wien. Klin. Woch., 7 mag. — B. LIPSCHÜTZ, K. KUNDRATITZ. Eziologia dello zoster e suoi rapporti con la varicella. — G. SPENGLER. Diagnosi d'influenza pura. — H. LEHMANN. Risultati remoti della gastro-enterostomia.

Bull. Ac. de Med., 23 apr. — CURIE. Preparaz. dei radioelementi fin'oggi poco o niente utilizzati in medicina. — 28 apr. P. DELBET e A. MENDARO. Epiteliomi mammarî segreganti.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 28 Settembre 1925 Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI CIVILI DI GENOVA — SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal primario prof. F. DRAGO.

Il problema topografico della simpatectomia periarteriosa (1).

LUIGI DURANTE
vice-primario e docente nella R. Università.

I risultati migliori nella chirurgia del simpatico, dal suo nascere in oggi, si sono avuti indubbiamente colla simpatectomia periarteriosa di Leriche, la quale trovò già chiarito il campo sperimentale dai lavori di Burci e Filippi.

Ma anche questo geniale intervento, quantunque interessi le vie del simpatico le più facili a controllarsi nei riguardi tecnici e le meno oscure dal punto di vista fisiopatologico talvolta dà risultati curativi assolutamente nulli o di efficacia temporanea.

(1) Questa memoria venne illustrata alla Regia Accademia medica nella seduta del 5-3-25.

Esclusa in linea di massima la imperizia tecnica dell'operatore si deve necessariamente pensare che la dottrina sulla quale l'intervento si basa sia ancora incompleta o per lo meno incapace di fornire un indizio preciso.

È infatti difficile poter tracciare questo preciso indirizzo perchè:

1) Le sindromi che la simpatectomia tende a correggere hanno quasi sempre una etiopatogenesi oscura in cui le turbe angio-trofiche e sensitive, sulle quali la simpatectomia ha azione elettiva, non rappresentano la ragione del male ma solo le sue manifestazioni sintomatiche;

2) La simpatectomia periarteriosa non interferisce nella sede causale del male ma solo in una delle vie attraverso le quali esso si manifesta. E dico in una delle vie perchè anche i nervi misti di moto e senso portano fibre simpatiche, sebbene in minor numero dei vasi; onde appare legittima la proposta del Negro, tradotta in pratica con esito vario da Bobbio, Scalone, Rolando, di accertare se anche la via nervosa non possa essere la rotta di riflessi morbosi;

3) La simpatectomia periarteriosa viene prati-

cata in un grande numero di quadri morbosi prescindendo dalle condizioni anatomo-patologiche delle arterie; vale a dire senza che sia stato precisato, e per quanto io sappia nemmeno posto il quesito, se essa abbia eguale efficacia quando venga praticata su arterie a pareti sane o su vasi ateromasici, privi di ogni elasticità e quindi incapaci di sensibili modificazioni emodinamiche;

4) Non venne ancora posto specificatamente il quesito se la simpatectomia periarteriosa possa praticarsi indifferentemente in qualunque segmento del distretto arterioso dove ha sede la lesione che si vuol modificare, o se invece esistano delle zone dove la sua efficacia è maggiore.

Voglio dire, in altre parole, che non si sa ancora se per modificare, ad esempio, un'ulcera perforante del piede sia meglio simpatectomizzare la arteria iliaca esterna, la femorale, la tibiale anteriore, la posteriore, la peronea; e stando in un ordine di idee più generale se convenga allontanarsi dalla lesione e simpatectomizzare i grossi vasi o se convenga invece avvicinarvisi e simpatectomizzare le piccole arterie.

È questo il problema topografico della simpatectomia periarteriosa, a delucidazione del quale prospetto alcune considerazioni teoriche ed i risultati da me ottenuti operando sulle arterie più periferiche dell'arto inferiore.

PREMESSE TEORICHE. — Il simpatico può essere aggredito in tutti i suoi distretti topografici e cioè: nelle radici, nei rami comunicanti, nelle catene laterali, nei gangli, nei plessi, nei tronchi, nelle fascie perineurali, nelle guaine periavventiziali, nella avventizia delle arterie.

Per i fini ai quali mira la simpatectomia nella patologia degli arti solo le tre ultime zone sono suscettibili di un intervento che possa apportare sensibili modificazioni.

Orbene l'anatomia ci insegna che la guaina periavventiziale e l'avventizia delle arterie sono ricchissime in fibre simpatiche e che esse sono in numero di molto maggiore di quelle che decorrono nei tronchi nervosi. E mentre è tecnicamente facile controllare circumferenzialmente tutte le fibre simpatiche dell'arteria, in quanto si può condurre la ectomia oltrechè sulla guaina periavventiziale anche sull'avventizia, riesce impossibile controllare tutte le fibre simpatiche dei nervi misti perchè in massima esse decorrono commiste ai fasci delle fibre mieliniche e solo in minima parte nella guaina peritronculare.

È bene tener presente ancora un altro dato importantissimo e cioè che la guaina avventiziale della arteria oltre alle proprie fibre simpatiche, che costituiscono una rete ininterrotta dal cuore alla periferia, riceve pure delle fibre simpatiche che sono abbandonate segmentariamente dai nervi misti alle arterie ad altezze diverse lungo il loro cammino collaterale.

Da questa disposizione anatomotopografica della innervazione vascolare si comprende come praticando, ad esempio, una simpatectomia sulla arteria femorale al triangolo di Scarpa non si interrompa completamente la conduttura simpatica vascolare che accede al piede, perchè subito perifericamente al punto simpatectomizzato l'arteria femorale riceve scalarmente fibre simpatiche dal nervo safeno interno, e l'arteria tibiale anteriore le fibre del tibiale anteriore e le arterie tibiale posteriore e peronea le fibre del tibiale posteriore.

Se noi vogliamo essere sicuri di interrompere il maggior numero di fibre simpatiche vascolari che arrivano ad un distretto della pianta del piede bisognerà praticare la simpatectomia su arterie più vicine, quali la tibiale anteriore, la tibiale posteriore, la peronea o la pedidia e le plantari, perchè sono quelle che ricevono il maggior numero di fibre simpatiche che accedono al piede assommando le fibre simpatiche e dalla femorale e dai nervi che detti vasi hanno incontrato sul loro cammino.

Dal punto di vista dottrinale quindi — rimanendo nel puro ambito anatomico del problema e senza voler trovare ragioni di conforto nel campo fisiologico perchè manca di basi sicure — nel praticare una simpatectomia periarteriosa è più razionale avvicinarsi al punto della lesione che allontanarsene; vale a dire nella patologia degli arti è meglio discendere a simpatectomizzare le piccole arterie periferiche che aggredire le grosse arterie lontane.

In subordinata di questo principale problema di topografia sta il corollario se la simpatectomia periferica delle piccole arterie abbia una influenza strettamente regionale, limitata alla zona di irrorazione.

Se si dovesse rispondere per analogia di quanto fu riportato, sebbene raramente, in letteratura e cioè guarigione di un'ulcera perforante plantare destra colla simpatectomia dell'arteria femorale sinistra, si dovrebbe escludere l'azione strettamente territoriale della simpatectomia.

Ma i casi sopraccennati rispondono ad una evenienza di pura eccezione, nella quale è difficile il controllo della dipendenza causale dei fatti rilevati.

Per le osservazioni degli interventi da me praticati sull'arteria tibiale anteriore, sulla tibiale posteriore, sulla peronea, io ebbi la netta sensazione di un'azione territoriale; e però non nel senso assoluto perchè nel piede, come in tutte le zone degli arti, non vi sono territori irrorati esclusivamente da una sola arteria. Da questa

condizione di cose nasce la indicazione di controllare sempre l'arteria principale di irrorazione del distretto leso e meglio l'arteria principale assieme all'altra che maggiormente compartecipa alla sua vascolarizzazione.

Considerazioni tecniche. — Se le considerazioni dottrinali sopraesposte orientano la simpatectomia periarteriosa verso le piccole arterie più vicine alla lesione, non altrimenti io credo depongano le considerazioni pratiche.

Dal punto di vista strettamente tecnico non esiste maggiore difficoltà operatoria nella simpatectomia delle piccole arterie che in quella delle grandi, se si eccettui che la exeresi del simpatico delle piccole arterie richiede maggiore delicatezza e forse maggior tempo.

In rapporto poi alla eventualità di danni immediati o lontani della simpatectomia periarteriosa evidentemente essi sono tanto maggiori quanto più importante è l'arteria simpatectomizzata.

Io ricordo che gli unici due casi riportati in letteratura di simpatectomie della arteria iliaca esterna (Brüning, Matons) praticate per ulceri perforanti del piede, furono seguite da emorragie secondarie mortali; come pure non infrequenti sono i casi di perforazioni immediate e secondarie e di trombosi per interventi sulla femorale che causarono la morte dei pazienti o richiesero l'allacciatura dell'arteria o l'amputazione dell'arto (casi di Kreuter, Lériche, Jjano, Chiasserini, Milkö, ecc., ecc.).

Onde anche dal punto di vista dei pericoli immediati e lontani l'intervento sulle piccole arterie è sempre meno rischioso per il malato.

I casi personali infine, sui quali riferisco i rilievi essenziali, documentano che la simpatectomia delle piccole arterie dell'arto inferiore può dare gli stessi buoni risultati della simpatectomia dell'arteria femorale e può agire favorevolmente in qualche caso nel quale ha fallito la simpatectomia perifemorale.

Casistica della simpatectomia delle piccole arterie dell'arto inferiore (Jakolievietch).

Due casi di simpatectomia periarteriosa della tibiale posteriore per ulceri perforanti plantari seguìti da guarigione rapida perdurante al 6° mese (mancano dettagli nel sommario resoconto).

Casistica personale.

Simpatectomia periarteriosa della tibiale posteriore sinistra.

Caso I. — V... Antonio, n. 2057, di 48 anni, spazzino, forte bevitore, figlio di alcoolista, con R. di W. negativa.

Turbe precedenti. — Diciotto anni or sono perdette il 1° ed il 2° dito del piede sinistro per turbe angiotrofiche; quattro anni or sono comparve una ulcera perforante alla pianta del piede sinistro; un anno dopo perdette, per turbe asfittiche, le quattro ultime dita del piede destro.

Interventi precedenti (giugno 1923). — Stiramento cruento del nervo ischiatico sinistro, praticato altrove. L'ulcera non cicatrizzò ed i dolori si ripeterono.

Settembre 1923: Simpatectomia periarteriosa nella porzione media della femorale sinistra, praticata altrove. L'ulcera non cicatrizzò e si ripeterono ancora le crisi dolorifiche.

Lesioni in atto. — Simpaticopatia trofica. Ulcera perforante al centro della pianta del piede sinistro, oltrepassante l'aponevrosi, delle dimensioni 1 ½ × 1 ½ cm. datante da 4 anni.

Simpaticopatia vasomotoria: Modica cianosi abituale dell'avampiede e pallore nelle crisi dolorifiche.

Simpaticopatia sensitiva: Accessi di dolori folgoranti o a crampo partenti dal piede sinistro ed irradiantesi a tutto l'arto.

Intervento. — Il 27 marzo 1924 ho praticato in rachianestesia la simpatectomia dell'arteria tibiale posteriore sinistra al 3° inferiore per 8 cm.

Condizioni dell'arteria. — Le pareti sono cosparse di piccole placche bianche di aspetto ateromasico. La contrazione dell'arteria durante le manovre di simpatectomia fu buona, ma non completa da sopprimere il battito.

Esito immediato. — L'ulcera cicatrizzò completamente in 30ª giornata. L'ammalato riprese il suo faticoso lavoro dopo 2 mesi.

Esito lontano. — L'ulcera recidivò al 10° mese dall'intervento con una disepitelizzazione superficiale. Non sono più comparsi accessi dolorosi.

Simpatectomia periarteriosa della tibiale anteriore e della posteriore di destra.

Caso II. — B... Armando, n. 3140, di anni 50, marittimo, forte bevitore e masticatore di tabacco con R. di W. negativa.

Turbe precedenti. — Sei anni or sono comparve un'ulcera perforante al calcagno; un anno dopo l'ulcera si complicò con fatti settici flemmonosi alla gamba in seguito ai quali si ebbe la necrosi della cute della regione achillea; quattro anni or sono perdette per turbe asfittiche la falange ungueale e parte della basale dell'alluce; un anno fa comparve una nuova ulcera sul moncone dell'alluce.

Lesioni in atto. — Simpaticopatia trofica:

a) Ulcera perforante all'apice di un piccolo moncone di amputazione della falange basale dell'alluce destro estendentesi sulla faccia interna della testa del metatarso, delle dimensioni di 2 × 3 cm., datante da 1 anno;

b) Ulcera perforante alla regione esterna del calcagno destro, approfondentesi nello spessore dell'osso, delle dimensioni di 1 × 2 cm., datante da 6 anni;

c) Vasta piaga (8 × 4 cm.), occupante la regione del tendine di Achille con denudamento del calcagno datante da 5 anni.

Simpaticopatia vasomotoria: Asfissia con iniziale necrosi delle parti molli del 2° dito del piede destro manifestatasi gradatamente da 1 anno.

Simpaticopatia sensitiva: Crampi ed accessi dolorifici del piede e della gamba destra.

Precedenti interventi (novembre 1923). — Trapianto cutaneo all'italiana sulla piaga della regione achillea praticato altrove con attecchimento parziale.

Intervento. — Il 6 settembre 1924 ho praticato in rachianestesia la simpatectomia periarteriosa della tibiale anteriore e della posteriore al 3° inferiore della gamba destra per una lunghezza approssimata su ciascuna arteria di 7 cm.

Condizioni delle arterie. — La tibiale anteriore aveva pareti di apparenza normale. La contrazione durante l'atto operativo fu completa con cessazione del battito nel segmento operato.

La tibiale posteriore aveva pareti con placche ateromasiche. Durante l'atto operativo il battito s'attenuò, ma non scomparve.

Esito immediato. — L'ulcera *a*) epitelizzò completamente in 12ª giornata.

L'ulcera *b*) migliorò rapidamente nei primi 20 giorni, ma non epitelizzò completamente se non dopo un intervento sull'arteria peronea.

La piaga della regione achillea *c*) si ridusse in 40 giorni alle dimensioni di 1 × 1 cm. e poi rimase stazionaria.

L'acroasfissia del 2° dito scomparve verso il 10° giorno ed il dito riprese l'identico colorito degli altri verso il 20° giorno.

Esito lontano. — L'ulcera *a*) permane cicatrizzata al 9° mese dall'intervento.

L'ulcera *b*) permane pure cicatrizzata.

La piaga *c*) non si è mai epitelizzata completamente ed attualmente a nove mesi dall'intervento ha le dimensioni di 2×2 cm.

L'asfissia del 2° dito è scomparsa completamente; il colorito e le condizioni del circolo sono uguali a quelle delle altre dita.

Simpatectomia periarteriosa della tibiale posteriore sinistra.

CASO III. — B... Armando, identico malato del caso 2°.

Turbe precedenti. — Sei anni or sono presentò turbe asfittiche alle tre prime dita del piede sinistro che vennero amputate.

Lesioni in atto. — Simpaticopatia trofica:

a) Ulcera perforante plantare in corrispondenza della testa del 1° metatarso sinistro delle dimensioni di 1 ½ × 1 ½ cm., datante da 4 mesi;

b) Ulcera perforante plantare in corrispondenza della testa del 5° metatarso sinistro delle dimensioni di ½ × 1 cm., datante da 4 mesi.

Intervento. — Il 6 settembre 1924 ho praticato la simpatectomia periarteriosa al 3° inferiore della tibiale posteriore sinistra per 8 cm. circa.

Condizioni dell'arteria. — Le pareti appaiono tatuate da una rada e fine granulia di punticini bianchi come calce. La contrazione dell'arteria durante l'atto operativo fu completa fino alla sospensione del battito.

Esito immediato. — L'ulcera *a*) epitelizzò in 15 giorni.

L'ulcera *b*) epitelizzò in 25 giorni.

Esito lontano. — Permane ancor oggi al 9° mese dall'intervento la cicatrizzazione delle due ulceri.

Simpatectomia periarteriosa della peronea destra.

CASO IV. — B... Armando, identico malato del caso 2°. Venne praticato un intervento sull'arteria peronea perchè l'ulcera della regione esterna del calcagno, malgrado si fosse di molto ridotta e si presentasse bene granulante a livello dell'epidermide, non aveva ancora raggiunta la epitelizzazione.

Intervento. — Il 24 novembre 1924 ho praticato la simpatectomia periarteriosa della peronea destra al 3° inferiore per 8 cm. circa.

Condizioni dell'arteria. — L'arteria apparve di calibro ridotto, a pareti ispessite e però senza placche ateromasiche visibili.

Le sue pulsazioni erano appena percettibili e si soppressero subito all'inizio della simpatectomia.

Esito immediato. — L'ulcera epitelizzò dopo 10 giorni.

Esito lontano. — Permane ancor oggi al 7° mese dall'intervento la cicatrizzazione.

Simpatectomia periarteriosa della tibiale anteriore e della tibiale posteriore destra.

CASO V. — N... Angelo, n. 4273, di anni 41, manovale, forte bevitore, masticatore di tabacco con R. di W. negativa.

Turbe precedenti. — Venti anni or sono, precedute da dolori folgoranti al piede, comparvero due ulceri perforanti una al calcagno e l'altra in corrispondenza della faccia plantare del 5° metatarso destro.

Precedenti interventi (agosto 1919). — Venne praticato altrove uno stiramento cruento del nervo ischiatico destro: l'ulcera del calcagno cicatrizzò dopo due mesi, mentre permase e si accrebbe quella dell'avampiede.

Lesioni in atto. — Simpaticopatia trofica: Ulcera perforante in corrispondenza del lato plantare della testa del 5° metatarso destro, approfondentesi fino al piano osseo, delle dimensioni di 1 ½ × 1 ½ cm.

Simpaticopatia sensitiva: Parestesie a tutto il piede; accessi di dolori folgoranti.

Intervento. — Il 7 ottobre 1924 ho praticato in rachianestesia una simpatectomia periarteriosa al 3° inferiore della tibiale anteriore destra per 8 cm. circa e quindi per uguale lunghezza ed allo stesso livello della tibiale posteriore.

Condizioni delle arterie. — La tibiale anteriore è di aspetto normale e bene pulsante. Subito all'inizio della simpatectomia la contrazione dell'arteria è completa e cessano in quel segmento le pulsazioni.

La tibiale posteriore è tutta cosparsa di placche ateromasiche. La contrazione alla simpatectomia è scarsa e la cessazione delle pulsazioni non avviene completamente.

Esito immediato. — L'ulcera epitelizzò in 10 giorni.

Esito lontano. — La cicatrizzazione dell'ulcera si mantiene ancor oggi all'8° mese dall'intervento.

Simpatectomia periarteriosa della tibiale anteriore e della tibiale posteriore destra.

CASO VI. — C... Giovanni, di 28 anni, calderaio, forte bevitore, figlio di bevitore con pregressa infezione malarica. R. di W. negativa.

Turbe precedenti. — Cinque anni or sono comparvero turbe di acroasfissia simmetrica dei piedi, a tipo Raynaud, accentuatissime al piede destro. L'arto inferiore destro venne altrove amputato al 3° superiore della coscia nel febbraio 1924.

Lesioni in atto. — Simpaticopatia trofica: Acroasfissia di tutto l'avampiede sinistro con necrosi iniziale delle parti molli dell'alluce. Non si avverte pulsazione nè alla pedidia nè alla tibiale posteriore.

Simpaticopatia sensitiva: Dolori accessionali folgoranti al piede irradiantisi a tutto l'arto.

Intervento. — Il 14 dicembre 1924 in rachianestesia ho praticato la simpatectomia periarteriosa al 3° inferiore della tibiale anteriore per un'estensione di 8 cm. circa, e per lo stesso tratto ad uguale livello della tibiale posteriore.

Condizioni delle arterie. — La tibiale anteriore appare di volume metà del normale, di aspetto biancastro, contratta, non pulsante in alcun punto, nascosta fra le due vene collaterali turgide. La sua pervietà è dimostrata dal fatto che alcune piccolissime collaterali anomali strappate, nella pratica della simpatectomia, sanguinano.

La tibiale posteriore presenta l'identico quadro. È anch'essa nascosta fra due vene fortemente turgide.

Esito immediato. — Si ripristinò gradualmente il normale colorito dell'avampiede con rapida riparazione delle zone necrotiche dell'alluce.

Scomparvero dal 5° giorno i dolori folgoranti. Il malato riprese al 40° giorno la deambulazione.

Esito lontano. — Permane al 6° mese una buona circolazione dell'avampiede. L'alluce ha condizioni di trofismo normali. L'arteria pedidia non si apprezza; ma invece bene pulsante è dietro il malleolo la tibiale posteriore. I dolori sono completamente scomparsi.

CONCLUSIONI.

1) Le ragioni dottrinali ch'io ho esposte dimostrano che la simpatectomia periarteriosa delle grosse arterie degli arti, rivolta a modificare simpaticopatie trofiche, sensitive, vascolari delle loro zone estreme, non può determinare una interruzione completa e sicura delle vie simpatiche che a dette zone accedono o che da esse partono;

2) Per una interruzione approssimativamente completa necessita la simpatectomia delle piccole arterie più vicine alla zona lesa;

3) I risultati operatori da me ottenuti in sei interventi sulle piccole arterie dell'arto inferiore, tibiale anteriore, tibiale posteriore, peronea, depongono che colle ragioni teoriche concorda la pratica. Infatti su 6 interventi si ebbero 6 guarigioni immediate; in un solo caso, un'ulcera perforante plantare e mai modificatasi nè per stiramento cruento dello ischiatico nè per una simpatectomia periarteriosa della femorale, e cicatrizzata rapidamente dopo la simpatectomia della tibiale posteriore, si ebbe recidiva al 10° mese;

4) Questo nuovo orientamento topografico della simpatectomia periarteriosa sulle piccole arterie appare dunque più razionale dal punto di vista teorico, più efficace nella pratica che la simpatectomia delle grandi arterie, e raduna ancora il vantaggio di portare l'intervento su arterie non essenziali alla vitalità dell'arto; onde minore è il danno nella eventualità di incidenti immediati o tardivi.

AUTORI CITATI.

BOBBIO L. Boll. della R. Accademia Med. di Torino, 1919.

BRÜNING O. Med. Klinich, 1923, n. 20, p. 748.

BURCI e FILIPPI. *Sul modo di comportarsi delle arterie per lesioni della guaina e dell'avventizia.* Edit. Nistri, Pisa, 1893.

CHIASSERINI. La Riforma Medica, 1924, n. 47, p. 1108.

JIANO N. Revue de Chirurgie, 1924, n. 7, p. 482.

JAKOVLIETCH V. La Présse médicale, 1923.

KREUTER W. Zentral. f. Chir., 1923, n. 46, p. 47.

LÉRICHE R. La Présse médicale, 1922, n. 91, p. 987.

MATONS E. La Semaña Medica, 1922, n. 148, p. 98.

MILKÒ W. Zentrall. f. Chir., 1924, n. 11, p. 510.

NEGRO. Cit. da ROLANDO.

ROLANDO S. Policlinico, Sez. prat., 1925, n. 12, p. 4.

SCAIONE I. La Riforma Medica, 1924, n. 47, p. 1108.

OSPEDALE CIVILE DI BIELLA - SEZIONE CHIRURGICA
Primario prof. M. DARDANELLI.

Ha la simpatectomia periarteriosa una reale influenza sulla tubercolosi osteo-articolare?

per il dott. CARLO BERTONE.

Rare volte accadeva che un metodo di cura incontrasse tanto favore quanto ne incontrò in questi ultimi anni la simpatectomia periarteriosa, e, come questa, fosse impiegato a guarire le più diverse lesioni. Sulle orme del Lériche, in breve marciarono numerosi chirurghi, ed i lavori che oggi frequentemente si leggono, riguardanti la simpatectomia periarteriosa, dimostrano, in complesso, come realmente questa trovi in certi casi le sue indicazioni. Vi sono però ancora molte incertezze riguardo il suo modo d'agire, come pure riguardo ai casi in cui essa trova, o non, ragione d'essere praticata.

Il Bruning (1923) fondandosi sul concetto della vasodilatazione prolungata, che sarebbe, secondo i più, una delle conseguenze dell'asportazione di un tratto di simpatico perivasale, ci diede un preciso elenco delle lesioni che, secondo lui, potrebbero trarre giovamento da questa tecnica operatoria. Noi lo riferiremo in breve:

In un primo gruppo l'A. enumera tutti i casi in cui « deve essere rimosso o frenato uno stato irritativo nel sistema nervoso simpatico periferico »: causalgie, turbe nutritizie e vasomotorie, trofiche dei tessuti dopo lesioni nervose, nevrosi vasomotorie trofiche come la gangrena del Raynaud, la sclerodermia, ecc., tutte le forme gangrenose all'inizio nelle estremità eccezione fatta per le gangrene diabetiche, tutti i disturbi aventi

una base angiospastica come, ad es., la claudicazione intermittente.

Il secondo gruppo del Bruning comprende « tutte le lesioni suscettibili d'essere influenzate dall'iperemia prolungata che consegue all'asportazione d'un tratto d'avventizia vasale, in tutti i territori a valle del punto in cui s'intervenne »: ulceri croniche, anche le varicose, fratture mal consolidate, artriti croniche, tubercolosi chiusa delle articolazioni. Gli AA. non sono, però, concordi circa il modo di manifestarsi e sulla durata di questa iperemia. Secondo i concetti prevalenti (Bruning, Lériche e numerosi altri), dopo la simpatectomia si verificherebbero i seguenti fenomeni:

1) immediato spasmo della parete arteriosa, nel punto su cui s'interviene, in taluni casi così accentuato da ridurre a 0 la pressione arteriosa periferica. A questo s'associa una vasocostrizione generalizzata a valle. Questo stato di spasmo, durerebbe, di regola, da mezz'ora a cinque giorni. E lo seguirebbe:

2) una vasodilatazione, più pronunciata inizialmente, e che poi gradatamente diminuisce, durando però, in complesso, per dei mesi. L'iperemia che ne consegue, si manifesta secondo alcuni, con un rialzo della temperatura cutanea. Ma, come già si disse, non tutti gli autori sono concordi su ciò. Così l'ungherese Sebestyén afferma d'aver osservato dei fenomeni ben diversi. Egli studiò le alterazioni di circolo nei suoi simpatectomizzati seguendo la tecnica indicata dal Moskovitz, e misurò nell'arto operato e nell'omologo la concentrazione in H ioni del sangue secondo Michaelis perchè « con alterate condizioni di circolo dovevano manifestarsi delle modificazioni chimiche nel sangue ».

E concluse, l'autore ungherese, che « l'iperemia reattiva nell'estremità operata compare tardivamente e non raggiunge mai un grado così elevato quale raggiunge nella parte omologa » (modificazioni di circolo nel lato opposto a quello operato e sintomi dismenorroici sono stati riscontrati anche dal Lériche).

La concentrazione degli H ioni nel sangue del distretto irrorato dall'arteria privata d'una porzione d'avventizia cadde da 8,7 sino a 7,1-6,9 al disotto di quella del sangue nell'estremità omologa. « Sia le variazioni della circolazione che quelle della composizione chimica del sangue, sono pronunciatissime alla fine della seconda settimana dopo l'intervento, e cessano nella terza ». Perciò il Sebestyén tassativamente afferma che « la tubercolosi a lungo decorso delle ossa e delle articolazioni non può essere influenzata dalla simpatectomia ». Noi non possiamo accettare definitivamente queste conclusioni: esse devono ancora trovare altre conferme; dimostrano bene però come non si sia oggi del tutto sicuri sul modo d'agire dell'operazione propugnata dal Lériche. Se però acquisteranno maggior valore nell'avvenire, si dovrà allora escludere a priori questo mezzo di cura per tutte quelle lesioni che necessitano d'una prolungata iperemia.

Non però come il Sebestyén la pensano il Gundermann ed il Läwen che praticarono più volte la simpatectomia in soggetti con delle lesioni tubercolari negli arti, già ribelli ad altri trattamenti.

Riassumiamo brevemente le storie cliniche del Gundermann onde potere poi formularne una discussione.

I. — P. di 20 a.: tbc. del collo del piede d. con distruzione delle ossa; già in precedenza s'era praticato lo svuotamento del calcagno. Fistole. Il p. era già stato degente per tbc. della mano. Simpatectomia sulla femorale. Guarigione in 8 mesi.

II. — P. di 15 a.: piccoli rantoli, respiro aspro all'apice sin., tbc. fistolizzata del gomito sin. Simpatectomia sull'arteria ascellare. Guarigione in 8 mesi circa.

III. — Soggetto di 23 a.: già malato di tbc. polmonare e del volto. Tbc. fistolizzata dell'articolazione tibioastragalica d. e del calcagno, dello scafoide. Simpatectomia sulla femorale. Guarigione in 8 mesi circa.

IV. — P. di 20 a.: già curato con apparecchi immobilizzanti per tbc. dell'articolazione del piede. Tbc. fistolizzata dell'articolazione calcaneo cuboidea con fistole; lesioni specifiche linfoghiandolari al collo e ai polmoni. Simpatectomia sulla femorale. Poco vantaggio. Dopo 3 mesi asportazione della metà anteriore del calcagno, di parte del noviculare del cuboide e dell'astragalo. Dopo quest'ultimo atto, miglioramento e guarigione.

V. — Soggetto di 17 a. con infezione tubercolare mista del collo del piede d. Tisi ulcerosa con escreato cospicuo. Nessun risultato dalla simpatectomia sulla femorale, amputazione del piede e passaggio in Divisione medica.

VI. — P. di 62 a.: tbc. fistoleggiata del pugnetto. Simpatectomia, diminuzione della tumefazione e della dolorabilità. Ancora in cura al momento della presentazione del lavoro.

Dei 6 casi del Gundermann, i tre ultimi non possono certo deporre in favore del metodo: il 4° fu influenzato nel suo decorso dal trattamento chirurgico successivo, il 5° da una grave tisi ulcerosa intercorrente, del 6° non si sa bene l'esito. Restano i tre primi operati, giovani, e già guariti o migliorati da altre lesioni della stessa natura, pazienti il cui organismo dimostrò una certa capacità a ribellarsi ed a vincere un'infezione tubercolare localizzata. Può adunque essersi verificata nelle estremità in cui si procede alla simpatectomia una guarigione dovuta sovratutto alle risorse dell'individuo stesso più che alla simpatectomia. Nè possiamo trascurare un altro ele-

mento: e cioè l'influenza che può esercitare il riposo sui processi tubercolari in genere. È vero che il Gundermann si affretta a dirci che già in precedenza il trattamento conservativo era riuscito infruttuoso. Ma noi abbiamo visto guarire o migliorare di molto le tubercolosi osteoarticolari anche fistoleggiate dopo lunghissimi periodi d'immobilizzazione. E ciò particolarmente nei giovani.

Il Läwen praticò la simpatectomia in 19 casi di tubercolosi delle estremità, e divise, basandosi sui risultati ottenuti, i suoi operati in tre gruppi:

Nel primo stanno 4 casi in cui egli afferma di aver ottenuto uno schietto successo dall'intervento. Riassumiamoli in breve:

I. — P. di 40 a. con tubercolosi fistolizzata dell'articolazione del collo del piede d. Guarigione in 3 mesi.

II. — Tbc. ossea del collo del piede sin. in p. di 25 a. Guarigione rapida.

Lo stesso dicasi del III caso in cui, dopo una resezione per tbc. del ginocchio, eran residuate ulceri tbc. e fistole. Miglioramento e guarigione dopo la simpatectomia.

Il IV ci pare degno di particolare considerazione: ragazzo di 8 anni con una tumefazione di tutto il piede d. ed una escavazione nel primo metatarso di questo lato con ivi un ascesso freddo chiuso. Quest'ascesso scomparve dopo la simpatectomia sull'a. femorale, senz'altro trattamento. Così pure si ridusse l'ingrossamento dello scheletro del piede. Notevole si è, che nel piede sinistro dello stesso ammalato si trovava una fistola da osteite del quarto metatarseo. Quest'ultima lesione persistè immodificata.

Altri 5 operati del Läwen guarirono, ma in questi all'intervento sul tronco arterioso s'unirono altre cure, come il riposo, il trattamento immobilizzante con fasciature. (Idrope del ginocchio, tubercolosi del gomito d., tubercolosi ulcerata del ginocchio d., tubercolosi chiusa del collo del piede d.).

Il terzo gruppo comprende 10 casi di tbc. chiusa od aperta del piede, del ginocchio e del gomito in cui non si ottenne alcun vantaggio dall'intervento.

Il Sebestyén afferma francamente di non aver ottenuto nulla di buono dalla simpatectomia che praticava in 10 soggetti con tubercolosi delle ossa e delle articolazioni. Inoltre egli nel suo conciso lavoro si dichiara del tutto contrario a questo metodo nella cura delle tubercolosi osteoarticolari, perchè « la simpatectomia influisce su queste lesioni portandole ad un peggioramento ». Nel 50 % dei suoi pazienti fu in breve necessaria l'amputazione dell'arto ammalato!

Calandra, di Palermo, praticava la simpatectomia sulla femorale di un bambino affetto da tubercolosi del ginocchio, e n'ebbe un miglioramento.

Pieri trattava nella stessa guisa 4 casi di tubercolosi della mano o del piede, ottenendo dei risultati molto incerti: miglioramento appena apprezzabile e « forse riferibile alle cure concomitanti ». Nota il chirurgo di Belluno che in due casi identici di tubercolosi del calcagno, l'uno trattato con la simpatectomia e l'altro no, fu meno buono il decorso del simpatectomizzato, in cui si formava un ascesso freddo alla gamba.

Riferiamo ora la storia di un nostro ammalato:

B. R., fabbro, d'a. 57, entra in Ospedale il 5 agosto 1923. A 48 a. fu curato di un'affezione polmonare bilaterale, che durò più di un anno, accompagnata da febbre, dolori profusi, escreato mucopurulento. Nel 1921 si formava lentamente un ascesso sul malleolo peroniero d. L'ascesso fu aperto col bisturi. Residuò un tragitto fistoloso che persiste tuttora, mentre il collo ed il dorso del piede d. lentamente si tumefecero e divennero dolenti, sia spontaneamente che alla pressione. Altre fistole comparvero in seguito nella cute corrispondente alla tibia ed al perone, nei 2/3 inferiori della gamba mentre la muscolatura del polpaccio gradatamente diveniva atrofica.

E. O. — Condizioni di nutrizione discrete. T. serale media (rettale) 38°. Scarsa espansibilità degli apici polmonari. Respiro aspro, ivi non fatti umidi. Null'altro di viscerale risulta all'E. O.

La gamba d. è alquanto impicciolita rispetto alla sin. Vi si vedono diversi tragitti fistolosi ed ulcerazioni con granulazioni torpide secernenti un pus tenue, nei luoghi indicati dall'anamnesi. Collo del piede d. tumefatto, alquanto edematoso.

Escisione di alcuni tratti di tragitti fistolosi ed esame istologico: vi sono i caratteri delle granulazioni tubercolari con cellule giganti e tubercoli tipici. La radiografia dimostra vari ispessimenti sottoperiosteali e zone di rarefazione del tessuto osseo nei 2/3 inferiori della tibia e del perone. T. dell'arto ammalato = 37°,3 in media, T. dell'arto sano = 36°,5. Nelle orine non vi è nè albumina nè glucosio.

Il p. viene curato sino al luglio 1924 con fasciature immobilizzanti, preparati iodici, riposo assoluto. Le condizioni dell'arto si mantengono invariate.

8 luglio 1924. — Anestesia locale per raffreddamento. Simpatectomia periarteriosa sulla femorale d. asportando l'avventizia di questa per un tratto di 10 cm., da sotto l'inizio della femorale profonda sino all'inizio del canale degli adduttori. Sutura completa percutanea con catgut della ferita operatoria. Si verifica, nel corso dell'intervento una notevole riduzione del diametro dell'arteria, le cui pareti sono ancora elastiche. Continuano nei giorni seguenti i dislivelli termici tra l'arto ammalato ed il sano già notati col primo esame.

18 luglio 1924. — Cicatrizzazione per prima.

Nei giorni seguenti le alterazioni dell'arto permangono. Persistono le fistole e le lesioni ossee (controllo radiografico), continua la secrezione, s'accentua l'atrofia muscolare.

15 novembre 1924. E. O. — Gamba atrofica, piede d. in equinismo permanente, edema al dorso del piede, fistole numerose alla gamba. Vi è sempre la differenza di 1° tra la T. dell'arto sano e di quello ammalato.

Trattasi adunque di un soggetto d'età avanzata, già in precedenza degente per lesioni probabilmente tubercolari a carico dei polmoni. Da quasi tre anni l'infezione s'è insediata nelle due ossa della gamba d. Ivi l'affezione fu a lungo curata col riposo e con rimedi interni senz'alcun giovamento. Così pure la simpatectomia periarteriosa non diede buoni frutti. Si può attribuire l'insuccesso a varie cause: anzitutto all'età del p. la quale fece sì che le resistenze organiche di fronte al b. di Koch fossero affievolite, pur affluendo nell'arto ammalato, se noi accettiamo le teorie del Bruning e del Lériche, una maggiore quantità di sangue. Di queste teorie, noi non abbiamo avuto conferma nel caso nostro. L'ipertermia nell'arto operato già esisteva prima dell'intervento nè s'accentuava dopo di questo. Essa perciò non deve attribuirsi al maggior flusso di sangue dopo la simpatectomia ma piuttosto allo stato avanzato e diffuso delle lesioni tubercolari. Melchior e Wolff, in artriti coxofemorali e persino in casi di carie secca della spalla trovarono un'elevazione in sito della temperatura cutanea. Essi pensarono che questo fatto sia legato alla presenza del tessuto di granulazione tubercolare.

***

Giova notare anzitutto che, come risulta dalle storie cliniche riferite dai vari autori, s'intervenne quasi sempre « per lesioni tubercolari inoltrate e accompagnate a cospicua distruzione di tessuti, quello osseo compreso ». Questo fatto non deve essere trascurato e su di esso ritorneremo.

Esaminiamo complessivamente i risultati ottenuti. Noi troviamo:

Guarigioni 3 (Gundermann). Nel 4° caso s'intervenne anche chirurgicamente, e perciò questo non può essere compreso con i primi.

Guarigioni 4 (Läwen). (In altri 5 questo autore associava alla simpatectomia il riposo, bendaggi immobilizzanti e non si può quindi dire quanta efficacia abbia avuto l'intervento diretto).

Miglioramenti 1 (Calandra): 4 del Pieri, che però fa sui suoi casi osservazioni analoghe a quelle del Läwen sopra riferite.

Esiti negativi:

1 (Gundermann): soggetto con tisi ulcerosa;

1 (nostro): p. in età avanzata e con lesioni vaste e profonde;

10 (Läwen): tbc. aperta o chiusa delle ossa e delle articolazioni;

10 (Sebestyén): tbc. ossea ed articolare.

Noi non possiamo oggi fissare una percentuale di guarigioni: i dati clinici di cui disponiamo non ce lo permettono ancora. Altre prove e ricerche dovranno farsi. Siamo propensi ad attribuire parte degli scacchi avuti allo stato avanzato ed irreparabile delle lesioni che presentavano molti degli operati. Si direbbe però che l'intervento che trovò nel Lériche il suo più strenuo fautore possa realmente esercitare una benefica influenza sul decorso della tubercolosi delle estremità: il caso sopra riferito del Läwen insegni. Ed è probabile che il numero delle guarigioni ancora s'aumenti nell'avvenire se i chirurghi vorranno operare soggetti in cui le lesioni non sieno così cospicue ed avanzate come soventi si fece sino ad oggi. Secondo il concetto espresso dal Bruning potrebbero forse maggiormente profittarne le forme iniziali e chiuse della tubercolosi ossea ed articolare, e di quest'ultima la varietà prevalentemente sinoviale.

È noto inoltre come i giovani, avendo le pareti vasali più elastiche, sien quelli che maggior giovamento posson trarre da una simpatectomia. Il p. del Läwen nel quale la tubercolosi d'un arto rapidamente migliorava era un bambino di 8 anni.

Solo quando si sarà molto provato su soggetti in età giovanile e con lesioni iniziali, si potrà dare un giudizio definitivo sul valore del metodo. Perchè oggi questo non si può fare, nel presente lavoro noi ci siamo limitati a raccogliere il maggior numero di casi che ci è stato possibile, senza trarre alcuna conclusione.

Possiamo già sin d'ora invece avere alcuni dati circa le controindicazioni: l'esperienza c'insegna che quando, come nel 5° caso del Gundermann, oltre che in un arto vi sono delle lesioni specifiche in corso in un'altra parte importante dell'organismo, allora le prime devono passare in seconda linea, la simpatectomia non può avere alcun'efficacia, e non deve perciò esser praticata. Anche con soggetti vecchi, la cui resistenza è affievolita, non vi è da attendersi nessun prodigio, specie se esiste contemporaneamente un'arteriosclerosi che impedisca la vasodilatazione e renda friabili le pareti arteriose stesse sì che potrebbe aversi durante le manovre una rottura della parete. Verrebbe così ad essere necessaria la legatura del vaso, con possibilità d'una gangrena dell'arto mancando il circolo collaterale.

Dicembre, 1924.

BIBLIOGRAFIA.

CALANDRA-PIERI, LÉRICHE. XXX Congresso della Società Italiana di Chirurgia. Policlinico, Sezione pratica, a. 1924, n. 47.

LAEWEN A. *Ueber die p. Symp. bei der Extremitätentuberkulose.* Münchener Mediz. Woch., 1924, n. 7.

SEBESTYÉN J. *Periart. Symp. bei Knochen und Gelenkstuberkulose.* Zentralblatt f. Chir. a. 1924, n. 46, p. 2528.

GUNDERMANN W. *Ueber die Wirkung der p. Symp. auf schwere Knochen und Gelenktuberk.* Zentr. f. Chir., 1924, n. 9, p. 336.

BRUNING F. *Die Chirurgie des Vegetativen Nervensystems.* Medizin. Klinik, a. 1923, n. 20, p. 671.

OSPEDALE CIVILE DI PRATO - TURNO CHIRURGICO.
Dott. LORENZO MENABUONI, chirurgo primario.

Considerazioni su un caso di simpaticectomia periarteriosa.

Dott. AURELIO DAMI, assistente.

La chirurgia del Simpatico, che dovrà rappresentare, secondo la profezia di Pierre Marie, grande parte nella chirurgia dell'avvenire, è entrata ormai, specialmente per merito dell'operazione di Leriche, nel dominio della pratica chirurgica quotidiana.

Affermata e negata nei postulati fondamentali e nei suoi resultati mediati e immediati, questa ha saputo gli osanna e i crucifige dei chirurghi: e stabilite ormai ampiamente le sue basi sperimentali, come dimostrò Uffreduzzi all'ultimo Congresso di Chirurgia in Torino, ritengo che il pro ed il contro dell'operazione debbano essere vagliati alla stregua dei resultati chirurgici nelle varie indicazioni che vanno dalla cura dell'esoftalmo al morbo di Raynaud dalla causalgia alla nefralgia.

Così, solo sulla base di una ampia statistica si potranno fissare i termini dell'indicazione operatoria che, al di sopra di ogni lirismo chirurgico, possa dare resultati evidentemente e decisamente positivi.

Ritengo perciò non inutile portare a conoscenza il seguente caso operato nel nostro ospedale:

C. O. di anni 33, Nell'anamnesi poliomielite anteriore acuta ad otto anni che lasciò una paresi dell'arto inferiore destro con esito in piede varo equino. Nel piede che appoggia, per necessità di deambulazione (claudicante) sulle teste dei metatarsi, si sono sviluppate dal lato plantare esterno ove più si esercita la pressione, ulceri distrofiche multiple e dolorose che impediscono quasi totalmente l'attività del p. Le masse muscolari della coscia e della gamba sono ipotrofiche, la cute ha larghe chiazze cianotiche ed è più fredda di quella del lato opposto. Il C. chiede di essere liberato da tale angustia e dopo lunghe cure topiche che non modificano lo stato dell'ulcera, si decide per un intervento demolitore (per amputazione) della gamba al terzo inferiore. In morfioetero-narcosi il 12 aprile 1924 viene amputato con metodo circolare al terzo inferiore della gamba destra.

Decorso post-operatorio normale, disturbato in ultimo da una lieve suppurazione di due punti in seta.

Dimesso guarito con adatta protesi.

Dopo un mese circa l'estremo del moncone si fa cianotico, un po' edematoso e nel centro ci ricompare una piccola ulcera a fondo torpido che va pian piano crescendo in estensione fino a raggiungere la superfice di due soldi di vecchio conio. Tale ulcera distrofica spontanea (la protesi non dava decubito) resiste ad ogni tentativo di cura, impedendo in pari tempo l'uso della protesi al p. Si imponeva il problema di un reintervento: prima di procedere alla asportazione di un nuovo segmento di arto si volle tentare la simpaticectomia periarteriosa della femorale.

4 novembre 1924. — Scoperta ed isolata l'arteria si decortica per un tratto di 7-8 centimetri aprendo con un sottilissimo bisturì un occhiello nell'avventizia dal lato ventrale. Nella piccola asola (mentre il vaso è sollevato da un ago di Cooper) viene introdotto un piccolo ago di Deschamps a curva molto stretta, che viene manovrato con moti di va e vieni e in modo da scollare totalmente l'avventizia dalla tunica media. Il manicotto avventiziale così separato è reciso in alto ed in basso ai due estremi dello scollamento.

Sutura: g. p. p. — Durante l'intervento si notò una riduzione di calibro del vaso: l'arto prima freddo e cianotico si fece dopo alcune ore dall'operazione rosso e più caldo del sinistro e tale si mantenne: in dodici giorni l'ulcera fattasi ricca di granulazioni vivaci è definitivamente chiusa con cicatrice solida ed indolente.

Tali condizioni si mantennero per due mesi e mezzo, ma dopo, nonostante le cure fisiche mantenute a migliorare il trofismo fondamentale dell'arto, l'ulcera si riforma lentamente con eguali caratteri.

La tecnica da noi seguita che si differenzia lievemente dalle altre descritte dai vari autori ed a me note, ha il doppio vantaggio di una maggiore garanzia per l'integrità del vaso su cui si opera perchè è accaduto ad alcuni di ledere l'arteria nella ablazione per lacerazione a mezzo di pinze od altro, e di una più sicura asportazione di tutta l'avventizia scollata del manicotto.

Il terreno operatorio su cui si intervenne non era certamente dei più favorevoli per un esito positivo della simpaticectomia: arto paretico con masse muscolari alterate profondamente nel trofismo con vasi ipoplasici e difetti circolatori secondari: i fatti degenerativi d'ordine nervoso di antica data erano ormai definitivi e non suscettibili di miglioramento: comunque, nonostante tutte le qualità negative del soggetto, l'operazione di Leriche ebbe un risultato immediato favorevole per quanto transitorio. Il chirurgo francese raccomanda di scegliere molto attentamente i casi per non esporsi ad insuccessi; ed in primo luogo deve considerarsi se la lesione per cui si interviene non abbia ormai sorpassato il limite simpatico di operabilità per entrare ormai nel campo radico-midollare, nel periodo cioè in cui la simpatectomia semplice più nessuna influenza può avere se non legata ad atti chirurgici più gravi sui cordoni radicolari ed ancora con scarsa probabilità di successo. Altra causa di resultati negativi è la tecnica difettosa per insufficiente ed incompleta asportazione dell'avventizia o per aver operato su un segmento arterioso troppo prossimo alla sede della lesione da modificare. Co-

sicchè o per l'una o per l'altra causa viene a mancare lo scopo ed il resultato primo della simpatectomia, cioè la vaso-paralisi, che dando una notevole iperemia distale, porta nuove condizioni di vitalità alla porzione di arto od all'organo od alla lesione su cui vogliamo agire.

Quando siano osservate queste due condizioni fondamentali, quali cause da imputarsi per gli insuccessi e per le recidive, Dustin, in via induttiva, prospetta una possibile ricostituzione del manicotto simpatico avventiziale per mezzo di fibre che, venendo dal tratto rimasto a monte ed a valle dell'interruzione e del simpatico dei rami collaterali arteriosi rimasti inalterati, possono riallacciarsi prolificando in senso centripeto. Ma effettivamente rimane difficile a spiegare questa riunione su un tratto decorticato di 10 centimetri o più, mentre il Palma attraverso i suoi esperimenti conclude — e sembrami più rigorosamente — che esistano nella media e nell'intima arteriosa dei sottilissimi filamenti simpatici i quali dopo alcun tempo iniziano la loro funzione suppletiva del simpatico periarterioso asportato.

Certo è che ancor'oggi dopo undici anni da che la decorticazione arteriosa venne praticata per la prima volta, i ricercatori non sono concordi sul come la asportazione dell'avventizia possa agire; ed è ancora senza risposta la domanda: è l'iperemia più o meno prolungata portata dalla vasoparalisi — dovuta alla distruzione chirurgica delle fibre vasocostrittrici — che dà l'impulso a nuove forze di riproduzione dei tessuti modificando gli scambi osmotici capillari, o sono eccitazioni trofiche d'origine nervosa che i centri vasomotori del midollo come risposta allo stimolo avuto in via centripeta dall'atto chirurgico, esercitano per mezzo dei nervi misti dando una permanente vasoparalisi?

***

Ho riferito — quantunque negativo — il caso capitato sotto la nostra osservazione, per fedeltà al principio che, specialmente in chirurgia, dai resultati sfavorevoli possono trarsi insegnamenti validi a giustamente indirizzare nella critica dei casi futuri od a correggere errate applicazioni e valutazioni di principi scientifici: e se fosse lecito da un singolo caso arrivare a conclusioni più late, direi che in arti ipotrofici per reliquati del morbo di Heyne-Medin — sempre quando l'età e lo sviluppo dei pazienti lo consentano — ai vari interventi ortopedici (trapianti tendinei, plastiche, ecc.) volti a correggere atteggiamenti viziosi dei vari segmenti lesi, sarebbe opportuno aggiungere in tempo utile, prima cioè che alterazioni irreparabili si siano stabilite, la simpaticectomia periarteriosa che insieme alle altre cure fisiche, contribuirà a mantenere più elevato il tono del sistema muscolare sì che gli interventi eseguiti abbiano maggior probabilità di successo per attenuare i tristi reliquati della grave affezione infantile.

BIBLIOGRAFIA.

LUCIANI. *Fisiologia dell'uomo.*
UFFREDUZZI. Relazione al Congresso Italiano di Chirurgia, 1924.
PALMA. Annali di chirurgia, settembre 1924.
SCALONE. Policlinico, Sez. pratica, ottobre 1924.
BARDOU, MATHY, COMAT. Lyon Chir., 1924; citati in Policlinico, Sez. pratica, giugno 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI NAPOLI
diretto dal prof. G. ZAGARI.

Rapporto tra zucchero proteico e corpi acetonici nel sangue dei diabetici trattati con insulina [1]

Prof. DOMENICO LIOTTA, aiuto e libero docente.

Il nuovo impulso dato agli studi sullo zucchero del sangue, in seguito alla scoperta dell'insulina, è stato fecondo di notevoli risultati anche nel campo della medicina pratica. E la nuova sindrome così detta *ipoglicemica*, cui vanno oggi riferiti alcuni disturbi, dei quali prima restava oscura la patogenesi, non è che frutto di questi studii.

Numerosissimi lavori hanno visto la luce negli ultimi anni per studiare le molteplici trasformazioni, cui vanno incontro nell'organismo gl'idrati di carbonio e spiegarne la loro differente importanza biologica.

Così, noi sappiamo che il glucosio nell'organismo può trovarsi allo stato libero, può polimerizzarsi e trasformarsi in glicogeno, può combinarsi al fosforo sotto forma di exoso-fosforico, può combinarsi alle proteine e dar luogo allo zucchero proteico, può trasformarsi in grasso, ecc. E ognuna di queste differenti forme chimiche compie nell'organismo una funzione particolare, che studii sempre più accurati vanno giornalmente illustrando.

(1) Il lavoro completo verrà pubblicato fra gli Atti della Accademia medica di Napoli. Questa breve nota è un riassunto della Comunicazione fatta all'Accademia nella tornata del 26 luglio 1925.

Fra queste combinazioni chimiche dello zucchero del sangue hanno destato principalmente l'attenzione degli studiosi la combinazione fosforata (lactacidogeno) e la proteica (zucchero proteico). È noto che secondo alcuni autori il lactacidogeno sarebbe la forma dell'idrato di carbonio direttamente utilizzabile dai tessuti e il disturbo essenziale del diabete consisterebbe nell'incapacità a trasformare il glucosio in questa speciale forma fosforata.

Anche per lo zucchero proteico si sono emesse numerose ipotesi, ma la più attendibile sembra quella, la quale ritiene che lo zucchero, per essere utilizzato dall'organismo, debba essere legato alle globuline (Condorelli: *Annali di Clinica Terapeutica*, 1924. Pavy: *Journ. of Physiol.*, vol. XXVII. Langstein: *Ergebnisse d. Phisiol.*, vol. III, p. 490).

Per ciò che riguarda l'azione degli idrati di carbonio durante il metabolismo dei grassi e dei loro derivati chetogeni, anche oggi non si possono formulare che delle ipotesi più o meno attendibili. Purtroppo, la bella espressione di Rosenfeld che *i grassi bruciano al fuoco degli idrati di carbonio* conserva tutto il suo valore di una frase pittorica, che mette in rilievo senza spiegarla la grande importanza di queste sostanze.

Secondo alcuni autori il glicogeno sarebbe l'idrato di carbonio necessario alla normale combustione dei corpi acetonici e la sua deficienza nel fegato, considerato come l'organo principale se non esclusivo della formazione di questi corpi (acetone, acido diacetico, acido β-ossibutirrico) sarebbe la causa dell'acetonemia.

Alcune esperienze in fegato sopravvivente di Embden e Wirth (*Biochem. Zeitschr.*, 27, 1910) confermerebbero questo modo di vedere, ma la reazione chimica che si verificherebbe tra il glicogeno o un suo derivato e i corpi acetonici, nessuno ha saputo ancora dimostrare.

Recentemente Shaffer (*Journ. of Biol. Chem.*, XLVII, 1921, 439; XLIX, 1921, 143; LIV, 1922, 399. Shaffer and Friedmann: Ibid., 3 octob. 1924) ha tentato di spiegare il meccanismo di azione fra il glucosio e i corpi acetonici.

Egli ha osservato *in vitro*, ossidando con acqua ossigenata una miscela di glucosio e acido diacetico in mezzo alcalino, che l'acido diacetico è distrutto meglio quanto più forte è la concentrazione di glucosio. La reazione si compie anche con il levulosio o con la glicerina, ma non si compie se invece dell'acido diacetico si mette acido β-ossibutirrico, acido butirrico, o acetone. Shaffer ritiene che è solamente durante l'ossidazione che il glucosio esercita la sua azione antichetogenica o chetolitica e che sia direttamente il glucosio a combinarsi con l'acido diacetico per una speciale reazione di condensazione del tipo di Claisen o Knövenagel secondo la quale una grande varietà di aldeidi o di chetoni reagiscono con acido diacetico. (L. Claisen: *Ann. Chem.*, CCXVIII, 1883, 121. E. Knövenagel: *Bul. Chem. Ges.*, XXXI, 1899, 738).

Shaffer pensa che nell'organismo debba avverarsi una reazione analoga a quella da lui osservata *in vitro* fra il glucosio e l'acido diacetico e che quindi non dovrebbe avverarsi una formazione abnorme di corpi acetonici, se la quantità del glucosio vi è in proporzione sufficiente.

In pratica però non sempre i risultati hanno corrisposto alla concezione di Shaffer. Così Labbé, Nepveux e Forsans (*Annal. de médéc.*, XVI, 1924, 431), dopo aver esperimentato su alcuni diabetici il valore della formula di Shaffer, concludono che « il cattivo equilibrio del regime non è la causa dell'acidosi diabetica e che vi sono ammalati che hanno acidosi qualunque sia la composizione qualitativa e quantitativa del loro regime alimentare ».

Bisogna riconoscere che ancora, non ostante le numerose ricerche, molti punti oscuri permangono sulle varie tappe del metabolismo delle sostanze chetogene. Resta tuttavia sempre più assodato il fatto generico della grande importanza degli idrati di carbonio durante tale processo metabolico. E la speciale azione dell'insulina nel combattere la chetonuria confermerebbe indirettamente questo fatto.

*
* *

Qual'è, infatti, l'azione dell'insulina sull'acetonemia?

È oramai universalmente accertato che essa si mostra particolarmente efficace nel combattere l'acetonemia, anzi alcuni autori riservano il suo uso ai casi di diabete con marcata acetonemia. Talora è sembrato anche che essa agisse più efficacemente sulla chetonuria che sulla glicosuria, ma questa azione elettiva o, come vogliono alcuni, dissociata dell'insulina non è che apparente.

Essa in ogni caso non fa che determinare una migliore utilizzazione degli idrati di carbonio, anche minima quantitativamente, ma sempre sufficiente, per permettere l'ulteriore combustione dei corpi acetonici e fare quindi scomparire la chetonuria.

E che questo sia il probabile meccanismo di azione sembrerebbe anche provato dal fatto, apparentemente paradossale, che l'insulina nel soggetto sano e a digiuno determina chetonuria. In queste condizioni infatti l'insulina produce ipo-

glicemia cioè una deficienza di quello zucchero che avrebbe dovuto servire a mantenere normale il metabolismo dei corpi acetonici, i quali per questa deficienza si accumulano abnormemente nel sangue.

*
* *

Esperienze personali. — Avendo ripetutamente osservato che la frazione dello zucchero del sangue, la quale va sotto il nome di zucchero proteico, era notevolmente bassa in casi di diabete grave e poco al di sotto della norma in quelli leggeri, mi son proposto di studiarne più dettagliatamente il comportamento specialmente in relazione alla eventuale presenza dei corpi acetonici. Ho voluto cioè vedere se esistessero speciali rapporti quantitativi fra questi composti (zucchero proteico e corpi acetonici) e come venissero modificati dall'azione dell'insulina.

Ho, pertanto, intrapreso, prima, delle esperienze su alcuni cani spancreati e in seguito ho continuato le osservazioni su alcuni diabetici, ricoverati nella Clinica diretta dal mio maestro professore Zagari.

Tralascio di riportare per esteso tutti i diarii e i risultati delle numerose analisi, che, come si è detto, saranno pubblicati negli *Atti della R. Accademia Medica* di Napoli. Mi limiterò a riferire sulla parte generale del lavoro e sulle conclusioni.

Cani spancreati. — Le ricerche sono state condotte su due cani operati di asportazione totale del pancreas. In essi si esaminava la glicemia (zucchero libero + zucchero proteico) e l'acetonemia (acetone, acido diacetico e acido β-ossibutirrico) prima dell'intervento operatorio.

Dopo l'asportazione del pancreas si mettevano in gabbia e si esaminava regolarmente ogni due giorni la glicemia e l'acetonemia e tutti i giorni la glicosuria e la chetonuria.

L'insulina veniva iniettata periodicamente per 1-3 giorni consecutivi, quindi si sospendeva in media per una settimana, non turbando così il progresso della malattia e l'accentuarsi dell'acetonemia.

Ammalati di diabete mellito. — Le osservazioni sulle modificazioni dei rapporti tra zucchero proteico e corpi acetonici in seguito all'azione dell'insulina sono state fatte su quattro diabetici, dei quali tre con modica acetonemia e uno con acetonemia di medio grado. Gli ammalati, in un primo periodo, venivano tenuti a dieta mista con pochi idrati di carbonio, per saggiarne il limite di tolleranza. In seguito si tenevano a regime fisso e si iniziava la cura dell'insulina, aumentando grado a grado gl'idrati di carbonio, a seconda del potere di ossidazione individuale e del quantitativo dell'insulina iniettato.

Sia nelle esperienze sui cani, sia in quelle sui malati di diabete, si è adoperata insulina italiana e insulina inglese.

Dalla osservazione di tutti i casi studiati ci è parso particolarmente degno di attenzione il comportamento caratteristico e sempre costante dello zucchero proteico in rapporto al quantitativo più o meno elevato dei corpi acetonici. Esso, in effetti, ogni qual volta nel sangue era presente un abnorme accumulo di corpi acetonici, si trovava costantemente basso e tanto più basso quanto più elevato era il tasso dell'acetone, acido diacetico e acido β-ossibutirrico. E tale reperto si è avuto tanto nei cani spancreati, quanto nei malati di diabete.

Durante il trattamento insulinico questa frazione di zucchero si eleva immediatamente sino a raggiungere le cifre normali, mentre contemporaneamente si vedono ridurre i corpi acetonici sino ai limiti fisiologici.

Se si ammette che lo zucchero proteico sia la forma di zucchero utilizzabile dai tessuti, probabilmente esso direttamente, o un suo prossimo derivato, compie una funzione di primo ordine durante il metabolismo dei corpi acetonici, o dei loro precursori; la qual cosa spiegherebbe senz'altro lo speciale rapporto quantitativo da noi messo in evidenza tra questo zucchero e i corpi acetonici.

Degno di particolare rilievo è il caso di diabete da noi distinto per l'acetonemia di medio grado. In esso, il tasso dell'acetonemia abbastanza elevato all'ingresso del malato in Clinica, si è gradualmente ridotto, in seguito alla cura insulinica, sino quasi ai limiti fisiologici; ma non è mai scomparso completamente, non ostante si iniettassero dosi sufficienti di insulina e si cambiasse anche il tipo del rimedio, come è buona norma da seguire nei casi, in cui l'efficacia di una data insulina si dimostri insufficiente. In questo caso inoltre, e questo è particolarmente notevole, lo zucchero proteico si mantenne sempre a un livello un po' al di sotto di quello che è la sua media fisiologica, confermando così lo stretto rapporto tra questo zucchero e i corpi acetonici.

Casi di acetonemia come questo, cioè resistenti al trattamento insulinico, sono stati segnalati anche da altri autori, sebbene non molto frequentemente. Olmsted e Kahn (*Journ. of Am. med. Ass.*, 1923, p. 1903) riportano un caso di un diabetico, nel quale l'eliminazione dei corpi acetonici, dopo un lungo trattamento con insulina, non cessò mai completamente e l'infermo, quando lasciò l'ospe-

dale, eliminava giornalmente circa un grammo di acetone totale. È notevole inoltre che in questo caso anche dal punto di vista del bilancio chetogeno-antichetogeno non avrebbe dovuto comparire acetone nelle urine.

Volendo compendiare le conclusioni più importanti, che si ricavano dalle nostre osservazioni sperimentali e cliniche, si può dire:

1) L'abnorme accumulo dei corpi acetonici nel sangue, tanto nel cane spancreato, quanto nel diabete umano, coincide sempre con un quantitativo scarso di zucchero proteico;

2) L'insulina produce sempre un aumento dello zucchero proteico del sangue e contemporaneamente un notevole abbassamento dell'acetonemia;

3) Il livello, più o meno basso, dello zucchero proteico del sangue nei diabetici potrebbe essere riguardato come un indice del grado di acetonemia del singolo caso;

4) La spiegazione di questo rapporto — tra zucchero proteico e corpi acetonici — allo stato attuale, non può darsi che formulando delle ipotesi. La più probabile sembra quella di considerare lo zucchero proteico, o qualche suo prossimo derivato, in seno ai tessuti come l'idrato di carbonio necessario alla normale combustione dei corpi acetonici.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN LATERANO - SEZIONE TERZA.

Sul valore diagnostico della reazione della gelatinizzazione.

Nota preventiva

per il dott. GUIDO MILANI, aiuto.

Data la semplicità del metodo, la rapidità della reazione, e l'importanza che può assumere, specialmente per il medico pratico, ho voluto sperimentare largamente la reazione della gelatinizzazione in rapporto alle diagnosi della lues. Le mie ricerche riguardanò non solo la specificità della reazione stessa, ma anche il suo comportamento rispetto alle malattie infettive acute e croniche, ed ai tumori maligni. Ho potuto fare osservazioni sulla precocità della reazione in casi positivi, importanti perchè permettono di conoscerne l'esito in meno di un'ora. Certamente i miei risultati sono tutti rigorosamente controllati dalla reazione di Wassermann.

In una prossima pubblicazione esporrò dettagliatamente ed ampiamente la tecnica, il meccanismo di produzione, e i risultati ottenuti, i quali mi permettono fin da ora di poter attribuire alla reazione stessa il carattere di specificità, e di poter affermare che essa concorda abbastanza bene con la reazione di Bordet-Wassermann.

RELAZIONI E CONFERENZE

Profilassi immunitaria della scarlattina e del morbillo (1).

Prof. G. CARONIA.

Com'è noto, un fortissimo contributo alla morbilità e mortalità infantile è dato dalle malattie esantematiche ed in ispecial modo dalla scarlattina e dal morbillo.

Dalle statistiche, p. es., fornite dalla Direzione di Sanità Italiana, ricaviamo una media annuale di circa 150,000 casi di morbillo con circa 9000 morti, e una media di circa 25,000 casi di scarlattina con circa 3500 morti. Queste cifre, assai inferiori al vero, perchè non tutti i casi vengono denunciati, riguardano la sola popolazione d'Italia. Estendendo i calcoli a tutti i paesi del mondo, è facile imaginare quale enorme contributo alla morbilità e alla mortalità danno queste due infezioni!

La scarlattina colpisce circa il 30 % di tutti i bambini, il morbillo colpisce quasi la totalità. Il morbillo, malattia meno grave, ma più diffusa, dà una percentuale di morti relativamente bassa ma un numero assoluto più alto che la scarlattina; questa invece, malattia più grave, ma meno diffusa, dà una percentuale assai più alta di morti, ma un numero assoluto più basso.

Centinaia di migliaia di bambini tutti gli anni danno il loro triste contributo alla morte; e si tratta il più spesso di organismi vigorosi, non tarati, la cui scomparsa rappresenta non solo una causa d'infiniti dolori per i cari, ma una reale perdita per la società.

La lotta contro nemici così temibili è oggetto di preoccupazione dei paesi più civili, e i più svariati e costosi mezzi di profilassi sono messi in opera per ridurre al minimo la possibilità di contagio. Ma questi mezzi, consistenti a prevalenza nell'isolamento degli ammalati e nella disinfezione degli ambienti, si son dimostrati di un'efficacia molto relativa. In malattie così facilmente diffusibili, la profilassi ideale sarebbe la immunitaria. Il vaiolo, per. es., è stato arrestato quando, riconosciuta la localizzazione del virus nella linfa delle pustole vaiolose, di essa si è potuto fare uso a scopo vaccinale.

Recenti studi del Di Cristina e nostri, avendoci portato all'isolamento in cultura di virus che per molti loro caratteri si dimostrano specifici rispettivamente per la scarlattina e per il morbillo, ci hanno indotto a intraprendere una

---

(1) Relazione al I Congresso internazionale del fanciullo (Ginevra, 24-28 agosto 1925).

serie di tentativi di profilassi immunitaria i di cui risultati, dopo molti anni di esperienze, non credo inutile di portare a conoscenza di questo alto Consesso.

*
* *

Scarlattina. I primi tentativi riguardano la scarlattina.

Iniziati dal Di Cristina per dimostrare la specificità del germe da lui isolato e perseguiti successivamente da noi, essi consistevano nell'iniettare per via intramuscolare a bambini esposti a contagio culture ricche di sviluppo e inattivate con l'aggiunta di 0.5 % di fenolo.

In circa 200 casi del Di Cristina e in circa 300 della Sindoni si ebbe a segnalare appena l'1-2 % di morbilità, non ostante l'esposizione al contagio scarlattinoso.

Questi risultati resi di pubblica ragione hanno indotto un gran numero di ufficiali sanitari e di medici pratici ad applicare il metodo, profittando del vaccino da noi messo gratuitamente a disposizione.

Nello spazio di due anni ben 105 sanitari in 102 centri diversi (asili, scuole, comuni colpiti da epidemie, ecc.) hanno praticato la profilassi vaccinica. Di alcuni di questi sanitari si possono leggere le comunicazioni pubblicate su giornali medici (Piattelli, Bova, Romano, Gioseffi e Baicich, Rottini, Boisserie-Lacroix, De Toni, Pichezzi, Mazzenga, Rampello, Amenta, Lazzarini, Angarani), di altri abbiamo relazioni inedite (Mangiola, Zappa, Colloridi, Festa, Renda, Pucciarmati, Sacchetta, Poerio, Genoese, Armocida, Cipriani, Fedele, Agostini, Costa, Crimeni, Bruzzese, Lucas, Nicastro, Cusimano, Calvi, Perri, De Luca, Pepe, ecc. ecc.).

Segnaliamo nel complesso, aggiungendo i casi di nostra diretta osservazione, circa 7000 casi di bambini esposti a contagio e vaccinati con una morbilità complessiva del 2 % e mortalità eccezionale.

Nella città di Trieste, dove quell'Ufficio Sanitario con zelo ammirevole ha voluto tentare la vaccinazione sistematica di tutti i bambini recettivi esposti a contagio per arrestare una grave epidemia di scarlattina, il risultato finale è stato l'estinguersi dell'epidemia. Riporto le parole scritte in una lettera inviata da quell'assessore dell'Igiene:

« Grazie alla Sua squisita cortesia, quest'Uffi-
« cio Municipale d'Igiene ha avuto campo di spe-
« rimentare il suo vaccino antiscarlattinoso. I ri-
« sultati sinora ottenuti sono assai favorevoli, in
« quanto che nessuna delle persone sottoposte
« alla vaccinazione è stata colpita dal morbo.

« Sgraziatamente le quantità di vaccino dispo-
« nibile sono state sinora troppo esigue per po-
« ter applicare il rimedio su vasta scala come
« sarebbe stato desiderio di quest'Ufficio e si è
« dovuto quindi limitarne l'uso alle persone mag-
« giormente esposte al pericolo di contagio e cioè
« ai famigliari dei colpiti e alle abitazioni col-
« lettive.

« Nella città di Trieste sono state sinora
« vaccinate circa 800 persone (quasi esclusiva-
« mente bambini sino ai 14 anni) e nessuna di
« queste ha contratto la malattia.

« In due villaggi del mandamento di Postu-
« mia, il numero dei vaccinati è stato di 584 (557
« bambini e 27 adulti). Qui però, per mancanza
« di vaccino, buona parte dei vaccinati (512) non
« ha subito che una sola inoculazione e tra que-
« sti si sono verificati due casi di scarlattina. Se
« si riflette che la vaccinazione è stata, si può
« dire, l'unica misura profilattica adottata perchè
« le condizioni di quei villaggi sono tali che non
« si può parlare d'isolamento dei malati e tanto
« meno dei convalescenti, si deve riconoscere la
« grande efficacia del vaccino in quanto che nel-
« la grande maggioranza dei casi una sola ino-
« culazione è bastata a conferire l'immunità. In-
« fatti in questi due villaggi l'epidemia è stata
« troncata dall'innesto.

« Tanto la popolazione di Trieste, che quella
« dei luoghi contermini dimostra la massima fidu-
« cia in questo rimedio preventivo e le richie-
« ste di vaccino si fanno sempre maggiori.

« Sarei quindi profondamente grato a V. S. Illma
« se Ella volesse far pervenire ancora il solito
« quantitativo settimanale di 200 dosi e più an-
« cora se fosse in grado di aumentarlo.

« In nome del Comune di Trieste ho l'onore di
« esprimere a V. S. Ill.ma i più sentiti ringra-
« ziamenti per la sua squisita cortesia e di prote-
« starle i sensi della più profonda stima e con-
« siderazione ».

*
* *

Morbillo. Con lo stesso metodo adottato per la scarlattina, abbiamo intrapreso con la prof.ssa Sindoni la profilassi del morbillo. Qui naturalmente la generale recettività per la malattia rende più probativo l'esperimento.

Possiamo registrare sinora 539 casi di esposti a contagio e vaccinati. Si tratta naturalmente di bambini mai prima affetti da morbillo. Di essi 60 appartengono a famiglie con casi di morbillo, 346 ad asili o collegi colpiti da epidemia morbillosa, 133 sono bambini ricoverati per scarlattina o difterite nello stesso reparto dei morbillosi della Clinica o presenti in reparti della Clinica

stessa dove si era manifestato qualche caso di morbillo.

Tipico il caso di un'epidemia scoppiata in un collegio di 400 bambini. Dopo il primo caso si procedette alla vaccinazione di tutti i bambini recettivi (270) e non si ebbe più a registrare che un sol caso in forma lieve ad un mese di distanza dalla vaccinazione.

In un altro asilo con circa un centinaio di bambini in tenera età, dove la vaccinazione non fu subito praticata, s'infettarono rapidamente quasi tutti i bambini, meno 20 che furono vaccinati tardivamente, quando cioè ce ne fu fatta la richiesta.

Dobbiamo registrare nel complesso 10 casi di contagio, cioè meno del 2 % di morbilità.

*
* *

Il metodo vaccinale praticamente consiste in tre iniezioni a giorni alterni di 2 cmc. di cultura al massimo di sviluppo, fenolizzata al 0.5 %. Le iniezioni si praticano nei muscoli, non danno reazione febbrile, se non in casi eccezionali, e lieve reazione locale.

Sono in corso esperienze più numerose e accurate per stabilire il tempo e la quantità minima di vaccino per ottenere l'effetto, la durata dell'immunità, le cause della mancata immunizzazione in qualche caso, ecc.

Una prima importante osservazione intanto è stata fatta recentemente dal De Villa per stabilire la recettività dell'individuo verso le due infezioni, onde procedere più razionalmente e avere più sicuri criteri di giudizio sugli effetti della vaccinazione.

Il filtrato di culture inoculato a dosi minime (cmc. 0.10) per via intradermica dà una speciale reazione (tumefazione e arrossamento) che rivela lo stato di recettività. Infatti è negativa la reazione nei convalescenti o in chi ha sofferto la malattia e in una percentuale variabile d'individui, a seconda l'età, percentuale corrispondente agli insegnamenti clinici sulla morbilità per le rispettive malattie. Sicchè oggi noi possiamo limitare la vaccinazione profilattica solamente a quegli individui che dimostrano una sicura recettività.

Contribuisce questo fatto ad attenuare una delle più grandi difficoltà che si oppongono ad un largo uso della vaccinazione, cioè alla difficoltà della preparazione del vaccino in grandi quantità. Com'è noto, per ottenere la cultura sia dei germi della scarlattina che di quelli del morbillo, è necessario far uso dei terreni catalizzatori tipo Di Cristina o Tarozzi-Noguchi, terreni che importano una tecnica difficile, un notevole impiego di tempo e di materiale costoso. La preparazione del vaccino per rispondere a tutte le richieste di medici costa a noi un lavoro esorbitante.

Non è quindi piccolo il vantaggio di poter limitare ai soli casi necessari l'impiego del vaccino.

*
* *

L'insieme delle osservazioni, intanto, su questi primi tentativi di profilassi immunitaria, che ho creduto doveroso riferire in questo Consesso, formato da uomini uniti nel comune ideale di difendere la sacra infanzia da tutte le cause che ne attentano la integrità fisica e psichica, mi sembra ci autorizzino a farci ritenere possibile la realizzazione della profilassi immunitaria delle due più gravi e diffuse malattie esantematiche, con incalcolabili vantaggi della sanità dei nostri bambini e dell'economia sociale.

IGIENE SOCIALE.

Sui limiti della profilassi chininica

Dott. ARNALDO LUSIGNOLI.

Se lo spirito buono e grande di Angelo Celli aleggiasse intorno a me, mentr'io scrivo « sui limiti della profilassi chininica », d'alto sdegno certamente fremerebbe all'idea che si osi ancor oggi parlare di limite a ciò che fu fulcro del suo insegnamento e della sua scienza, a quella profilassi cioè che Egli stimò redentrice delle terre afflitte dall'insidia mortale della malaria.

Ma se invece presso di me fosse lo spirito elettissimo di Guido Baccelli, esso ne godrebbe, chè la mente somma del Grande Clinico Romano aveva intuito, fin da quando tutti portavano alle stelle i meravigliosi risultati della profilassi, che fra tanto oro vi era pur frammischiato qualche metallo assai men prezioso.

E se vivesse ancora un altro altissimo scienziato, mancato, or è poco, a noi, Battista Grassi, certamente Egli rammenterebbe un colloquio, e non uno soltanto, che insieme tenemmo nel suo laboratorio, circa 17 anni fa, quando io mi occupavo, sotto la sua guida sapiente, dell'andamento della malaria nell'Agro Romano, in quell'epoca nella quale dovemmo, per forza di fatti constatati, criticare alcune statistiche, così dette ufficiali, sull'andamento della morbilità e mortalità per febbre malarica, statistiche che tutto dicevano fuorchè la verità; allora io lo ricordo il Maestro: « la profilassi, così com'è, fa più male che bene, questo è certo! » egli diceva: « bisogna gridarlo forte, bisogna scriverlo, bisogna far subito una relazione per la Sanità ». Reggeva allora la Pubblica Sanità quell'ingegno acutissimo e lungimi-

rante, ingiustamente ora da noi posto in oblìo, Rocco Santoliquido. Le relazioni furono fatte; la verità però non si doveva proclamare a voce troppo alta: il coro di lodi che si cantava al chinino profilattico, i casi clinici che si venivano illustrando, le statistiche ammaestrate che piovevano da ogni lato, rendevano troppo poco sentite le voci discordanti, e l'applicazione della cosidetta profilassi chininica si andava propagando dovunque e la si esigeva e si faceva, come del resto la si esige e si pratica tuttora, nella stessa maniera, tanto nei luoghi dove infierisce la malaria grave quanto in quelli nei quali la malaria è di forma lieve. Oggi anche lo spirito di Battista Grassi si allieterebbe: finalmente si può dire apertamente, si può scrivere che la profilassi chininica è bene abbia dei limiti.

Sia reso onore a chi spetta: Vittorio Ascoli, il successore di G. Baccelli nella Cattedra di Roma, in una Conferenza tenuta recentemente per geniale iniziativa dell'Ordine dei Medici di Roma, a proposito delle febbri malariche croniche, ha toccato, e l'ha toccato da par suo, l'argomento.

In che cosa consiste in pratica la profilassi chininica? Me ne appello ai colleghi che esercitano nelle zone malariche, quei colleghi che sono i veri, i grandi, i santi pionieri della salute: la profilassi chininica oggi dovrebbe consistere nel far ingerire a tutti i lavoratori delle campagne cinque o sei confetti di chinino dello Stato, tre o quattro volte la settimana; ma per quanta buona volontà ci mettano il medico e il profilassatore e le profilassatrici, non si riesce mai a profilassare regolarmente tutta la popolazione, cioè a dare a giorni alterni a tutti quanti un grammo o più di chinino. Non è su questa manchevolezza però che io voglio insistere: considero invece quella gente — e voglio supporre che sia la maggioranza — che, più o meno volontariamente, ha fatto una profilassi sufficientemente regolare. Che cosa accade a costoro? Se avvenga, il che è frequentissimo, data la zona malarica e date le abitudini dei campagnuoli, che siano punti dalla zanzara e sieno infettati, la febbre in essi non si presenta più in maniera clamorosa, caratteristica, col brivido intenso iniziale, con la elevazione a 39° o a 40°, perchè il parassita si viene a trovare in un ambiente, un po' chininizzato, che non è perfettamente il suo: e allora il brivido manca o è talmente lieve che il contadino non vi dà peso, l'elevazione termica è di poco rilievo, ed il lavoro non viene spesso neppur interrotto per quel po' di mal di testa che si attribuisce al sole e alla fatica dei campi: il lavoratore tutt'al più continua a ingerire per alcuni altri giorni qualche tabloide di chinino dello Stato. E tira innanzi fino a che il suo compito sia finito: allora cambia zona, i medesimi fatti si ripetono, ed infine torna al suo punto di origine. Ma come vi torna? Della febbre avuta egli quasi non si è accorto, ha creduto che la ingestione di quella poca chinina lo abbia salvaguardato completamente dalla malaria, ma non sa il poveretto che conserva nel suo organismo i germi della malattia che più tardi esploderà per una causa qualsiasi, il più spesso per una causa reumatica. E allora crederà di curarsi prendendo un altro po' di chinino o qualche altro antipiretico che in pochi giorni gli farà cessare la febbre, la quale poi ad una nuova causa occasionale scoppierà ancora; e così va innanzi per anni e anni, con periodi apirettici ai quali seguono, talora anche a grande distanza, periodi febbrili che troppo frequentemente non vengono diagnosticati con esattezza. Tale è il frutto della somministrazione del chinino a dosi profilattiche, là dove infierisce una malaria lieve: appunto una siffatta somministrazione è la ragione precipua dello sviluppo delle febbri malariche croniche: queste non esisterebbero se il malarico venisse curato intensamente: chinina non a dosi piccole, sibbene chinina data prolungatamente, a dosi alte, tanto agli adulti quanto ai bambini, e questi ne sopportano per vari mesi anche 20 centigrammi al giorno per ogni anno di età, come ho potuto provare io stesso nel Sanatorio antimalarico del Comune di Roma, Ettore Marchiafava.

La chinina a dose curativa, somministrata per più settimane, cioè anche quando la febbre sia totalmente scomparsa, fa certamente guarire il malarico, perchè il parassita viene in tal guisa a trovarsi in ambiente per lui letale: ne consegue che se non vi sia una nuova puntura di anofele infetto, ossia una reinfezione, nel malarico curato non può accadere quello che accade nel malarico semplicemente profilassato, il quale per una causa qualsiasi ricade malato di febbre malarica perchè i germi in costui non scompaiono ma restano latenti, vigili e pronti: egli è un portatore, ed è quindi pericoloso a sè e agli altri.

Dunque, là ove la malaria è lieve invece di spendere tanto e tanto denaro nel dar chinino a chi è sano, si lasci al medico di curare — curare radicalmente, prolungatamente — i malarici: le forme croniche devono scomparire.

Che cosa è lecito allora dedurre da quel che precede? La risposta a questa domanda fu data dallo stesso Ascoli nella sua interessantissima conferenza. Nei paesi dove infierisce la malaria grave, ivi è senza dubbio necessaria, necessarissima, indispensabile, la profilassi chininica, fatta bene e su larga scala, perchè in questi casi il chinino profilattico impedisce che si sviluppino quelle forme gravi di febbre che talvolta, in breve spazio di tempo, dànno esito letale: naturalmente, al più

piccolo accenno di febbre, la somministrazione del chinino dovrà essere fatta non più a dose e sistema profilattico, ma a dose curativa alta e prolungata. Due cose ha insegnato la pratica profilattica di questi lunghi anni:

1) la profilassi chininica là dove la malaria non è grave, può dar luogo alle varie forme di malaria cronica, la quale appunto è data da quei casi di febbri malariche che vengono profilassate ma non curate, oppure da quelle febbri le quali diagnosticate bene per malariche vengono curate per troppo poco tempo, o infine le febbri malariche croniche si hanno in quegli individui che in zona malarica, avendo subìta la profilassi, ed essendosi infettati, febbricitano dopo un po' di tempo per una causa qualsiasi, ma la malattia non viene diagnosticata per malaria e non viene di conseguenza trattata con chinino a dosi elevate e prolungate;

2) la profilassi chininica deve assolutamente esser praticata là dove infierisce malaria grave, perchè impedisce la esplosione repentinamente minacciosa della febbre, impedisce che si abbiano le perniciose. Ecco come vengono a conciliarsi quelle vedute che sembravano opposte dei due grandi malariologi, Battista Grassi e Angelo Celli. Aveva ragione il Celli quando sosteneva l'utilità della profilassi chininica: con una profilassi ben fatta, là dove la malaria è grave, le perniciose scompaiono: non si insisterà mai sufficientemente su questo punto sul quale insisteva tanto il grande scomparso: nelle zone gravemente malariche si dia regolarmente chinino profilattico.

Aveva ragione il Grassi quando sosteneva che la profilassi così com'era fatta (nei primi anni si somministravano 20-40 centigr. di chinino pro die) non dava risultati buoni: il numero delle febbri malariche in tal guisa non poteva diminuire perchè il parassita non veniva ad essere eliminato, e di tanto in tanto, a maggiore o minore distanza di tempo, la febbre ricompariva. Nei luoghi dove infierisce una malaria lieve, se il sano si ammali, subito lo si tratti con chinino a dosi alte e prolungate: si eviteranno in tal maniera le febbri malariche croniche.

E così oggi al fine, sorgendo dalle tombe, gli spiriti eletti, che ho evocato come banditori di idee che parvero inconciliabili, possono tendersi le braccia, riconoscendo che, sotto la luce della verità, le teorie, anche se disparate, si fondono e si completano per la salute della umanità, cui sempre Essi rivolsero la mente somma, per cui solamente vissero la vita loro di scienza e di lavoro.

Roma, 29 luglio 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il segno di Babinski negli stati tossici.

(ELLIOT. *Lancet*, 10 gennaio 1925).

Il segno di Babinski, riflesso plantare dell'alluce in estensione, quando persiste oltre l'infanzia indica una lesione organica del sistema piramidale. Può anche trovarsi per un periodo di uno-due giorni dopo crisi epilettiformi da epilessia essenziale o da uremia, ed è stato anche riscontrato in casi di atrofia gialla acuta del fegato, d'ittero infettivo e di grave insufficienza epatica nei giorni immediatamente precedenti la morte. Anche nel sonno profondo, specie negli individui stanchi, l'eccitazione plantare del piede può provocare la flessione dorsale dell'alluce. La letteratura non registra osservazioni dello stesso fenomeno negli stati tossici. I casi studiati dall'autore tenderebbero a dimostrare la presenza del segno di Babinski in tali condizioni.

Come è stato già accennato, il fenomeno era stato già notato in alcuni casi di affezioni epatiche. Elliot ha proseguito sistematicamente tali osservazioni. Egli ha trovato che negli stati tossici dipendenti da grave insufficienza epatica, nella colemia, il segno di Babinski è presso che costante, tanto che si potrebbe utilizzarlo a scopo diagnostico per l'accertamento della colemia iniziale. La colemia non ha nulla a che vedere con l'itterizia, alla quale può o non accompagnarsi; costituisce l'indice di una grave alterazione della funzione epatica indipendentemente dall'itterizia ed anche dalla formazione dell'urea e dello zucchero. L'alterazione epatica può essere acuta come nelle forme gravi d'ittero infettivo o di atrofia acuta, e cronica come nella cirrosi ed anche nella carcinomatosi diffusa del fegato, nella quale la colemia appare improvvisamente in seguito ad emorragia o ad intervento chirurgico. È caratterizzata da disturbi mentali con delirio e sonnolenza, riflesso dorsale dell'alluce ad ambo i lati; segue subito coma profondo e poi la morte.

L'autore insiste sul concetto che la colemia è uno stato tossico indipendente dall'itterizia, in quanto essa può verificarsi, ed in forma gravissima, anche senza alcun versamento di bile nel sangue, mentre vi sono itteri gravi senz'alcun sintoma di colemia.

Quantunque il termine « colemia » si presti a confusione, tuttavia è bene continuare ad adoperarlo, allo stesso modo che si continua ad adoperare il termine « uremia » per indicare stati tos-

sici in rapporto a lesioni renali, nei quali l'urea non è il veleno direttamente in azione.

In quattro casi di cirrosi epatica, riferiti dettagliatamente dall'autore, nel periodo terminale, nel quale comparvero i sintomi di colemia si riscontrò la presenza di segno di Babinski senza che all'autopsia si rilevasse alcuna lesione macroscopica dell'asse cerebro-spinale.

In contrasto con questi casi, nei quali mancava l'itterizia o era presente in grado leggerissimo, l'autore ha osservato molti casi d'ittero prolungato in rapporto a cancro del fegato, nei quali gli infermi si spensero tranquillamente senza disturbi mentali acuti e senza presentare mai il segno di Babinski, ossia senza colemia. Quest'ultima può verificarsi in varie forme di epatite acuta o di distruzione del tessuto epatico da avvelenamento esogeno, forme che sogliono essere accompagnate da itterizia. Willcox ne osservò tre casi durante l'epidemia d'ittero catarrale acuto in Mesopotamia: i pazienti diventarono irritabili e maniaci, poi comatosi, e presentarono il segno di Babinski nelle ultime 24 o 48 ore di vita.

I casi di ittero da spirochetosi o da avvelenamento da salvarsan non hanno importanza per la ricerca del segno di Babinski per la quasi sicura compartecipazione del sistema nervoso.

Negli avvelenamenti da trinitrotoluene con degenerazione epatica ed itterizia, la morte può essere preceduta da convulsioni e coma; in tali casi Willcox ha trovato alluce dorsale.

L'eclampsia è uno stato tossico nel quale esiste spesso grave lesione epatica e lieve itterizia. Gli accessi possono essere frequentissimi, si può avere delirio, coma e morte. Non esistono ricerche sistematiche sul comportamento del riflesso dell'alluce, tuttavia Spencer in un caso ha trovato il segno di Babinski ad ambo i lati.

La cloroformizzazione prolungata può indurre uno stato tossico con delirio, coma e morte. Generalmente si riscontra alluce dorsale bilaterale. Il fegato in tali casi è in preda a profonda degenerazione grassa. È presumibile quindi che lo stato tossico sia in rapporto a colemia ed a questa si debba attribuire l'inversione del riflesso plantare.

La tossiemia dipendente da lesioni epatiche agisce sulla sostanza cerebrale provocando la sindrome nervosa, delirio e coma, e contemporaneamente il segno di Babinski. Questa relazione richiama alla mente il morbo di Wilson, il cui substrato anatomo-patologico è costituito da lesioni grossolane del fegato e del cervello. Tuttavia il confronto non chiarisce il fenomeno in quistione, in quanto nel morbo di Wilson manca di solito il segno di Babinski, i pazienti non sono mai itterici.

Nel coma diabetico, il quale per altro non è così profondo come quello colemico, non è stato trovato il segno di Babinski. Viceversa nell'ipoglicemia prodotta da eccessiva somministrazione di insulina sarebbe stato trovato alluce dorsale. Se questo reperto fosse confermato si potrebbe utilizzarlo per la diagnosi differenziale tra coma diabetico ordinario e coma ipoglicemico.

È ben noto che nell'uremia il segno di Babinski è frequente; esso però non sembra in rapporto con il coma o con lo stato tossico, ma con gli accessi epilettiformi, ed avrebbe quindi una patogenesi simile a quella che ha nell'epilessia essenziale.

In alcuni avvelenamenti da ipnotici (suflonal, veronal) è stato trovato il segno di Babinski. Non può precisarsi se il fenomeno sia in rapporto ad intossicazione diretta dei centri nervosi o attraverso lesioni epatiche.

Interessante è l'azione della scopolamina. Questa sostanza anche iniettata a dosi minime è capace d'invertire il riflesso dell'alluce in casi nei quali il sistema piramidale è affetto solo leggermente, per modo che il riflesso dorsale si trova quasi in uno stato di latenza.

Il segno di Babinski può essere presente nell'encefalite letargica e nella sindrome parkinsoniana postencefalitica, il che fa presumere che in dette condizioni il sistema piramidale non è del tutto indenne. La scopolamina adoperata a scopo terapeutico per calmare il tremore rende ben manifesto il riflesso dorsale, anche quando esso è appena accennato o è addirittura nettamente p'antare.

Anche in casi di avvelenamento da gas illuminante è stato trovato il segno di Babinski senza alcun altro sintoma di lesione del sistema piramidale.

DR.

FEGATO E VIE BILIARI.

Coliche epatiche da litiasi e crisi di fegato non litiasiche.

(PAVIOT J. *Journal de Médecine de Lyon*).

L'A. passa in rivista innanzi tutto le sindromi dolorifiche epatiche di natura nettamente calcolosa:

1) le coliche da *litiasi del coledoco*. Queste sopravvengono spesso improvvisamente senza che il calcolo già esistente nel canale abbia mai dato alcun disturbo: il tripode sintomatico, dolore di tipo epatico, febbre, ittero, non è sufficiente alla diagnosi differenziale con la colica da litiasi vescicolare, bisogna osservare con cura il tipo della febbre: se l'accesso febbrile sarà a campanile,

brusco, di tipo intermittente, rapidamente remittente, si dovrà pensare alla litiasi coledocica, se ad una ascesa rapida della febbre segue una discesa lenta si sospetterà la litiasi vescicolare.

È importante ricordare come spesso dolore ed ittero possano essere preceduti per un lungo periodo da una febbre di tifo ondulante di cui non è possibile supporre la causa fino allo scoppio della tipica colica;

2) *la litiasi vescicolare*: Essa è causa di coliche assai meno frequentemente di quel che non si creda; l'A. sostiene che è cosa ben difficile per i calcoli a sede vescicolare di superare le valvole di Heister (in numero da cinque a venti, semilunari, a direzione spirale) che sono scaglionate nel cistico e che impediscono sicuramente il passaggio a calcoli di grossezza anche media. Spesso ne è perfino impossibile il cateterismo con sonde minime. Quindi l'A. crede che la grande maggioranza delle coliche riconosciute per vescicolari siano invece di origine coledocica. In linea generale, la litiasi vescicolare si manifesta, più che per sè stessa, per i fatti di colecistite e pericolecistite ad essa seguenti e che sono la causa dei dolori al punto cistico sia spontanei che provocati. Caratteristica è la febbre della litiasi vescicolare: la curva è di lenta ascesa senza alte cuspidi e di discesa per lisi;

3) *la calcolosi del bacinetto*: spesso si viene a formare un calcolo in corrispondenza del bacinetto della cistifellea, proprio a lato dell'orifizio del cistico; questo calcolo spesso può incunearsi intermittentemente su tale sbocco e dar luogo all'idrope intermittente della cistifellea con le relative crisi dolorose di distensione vescicolare in tutto simili a quelle di una colica epatica franca, parossistica con vomiti e sincopi. Caratteristica è la palpazione della cistifellea distesa, abbassata, fluttuante, mobile;

4) l'A. ricorda anche le crisi dolorose da *calcoli moriformi del cistico* di cui è difficilissima la diagnosi: crisi violente, ripetute in serie, senza distensione vescicolare, senza segni locali netti, senza febbre nè ittero.

Prima di descrivere le crisi epatiche di natura non calcolosa, l'A. rammenta come il fegato sia sensibilissimo alle influenze del sistema nervoso: è classica la conoscenza dell'ittero emotivo che è dovuto ad uno spasmo dello sfintere di Oddi secondario a traumi psichici; è noto come sperimentalmente degli eccitamenti sui vasi sanguigni epatici possono condurre all'ittero senza crisi dolorose. Gli spasmi del coledoco sono spesso assai tenaci e validi: eccitando lo splancnico D, somministrando della pilocarpina, si può ottenere la chiusura del canale fino alla soppressione completa del suo lume.

Ciò premesso, l'A. descrive come crisi epatica non calcolosa una sindrome dolorifica che insorge improvvisamente dopo un disordine alimentare, una fatica, una emozione. Il dolore ha sede sull'ipocondrio D con irradiazioni frequenti al dorso, al fianco D: v'è contemporaneamente angoscia, tachicardia, vomiti biliari ed alimentari. Il fegato è ingrandito di volume e doloroso, spesso solo in corrispondenza della regione vescicolare. Spesso è dato apprezzare colla palpazione la cistifellea tesa e rigonfia. Orbene assai spesso nella guida di questa sindrome vennero condotti degli atti operatori che diedero risultati completamente negativi: un buon numero di operati di colecistectomia per stasi non calcolosa, presentò dopo l'operazione disturbi dolorifici identici a quelli che avevano provocato l'intervento operatorio. E tali disturbi si scatenavano come prima in seguito a emozioni, fatiche, disordini del regime di vita, ecc.

In molti casi, un fatto che colpisce è la strana periodicità di tali crisi che si ripetono ad intervalli regolari, ricorrenzialmente, p. es. ogni settimana. E più notevole ancora è il fatto che una crisi dolorifica epatica può venire sostituita da un equivalente di fenomeni di cefalea intensa che esplodono in luogo della crisi, e la soppiantano. Invece della cefalea, a volte può esplodere una poussée di urticaria o un attacco asmatico. Notevoli per la difficoltà diagnostica sono le crisi accompagnate da elevazioni termiche che l'A. denomina « di natura proteinica ».

L'A. non si dilunga affatto nell'esposizione delle cause di tali crisi epatiche non calcolose, pago di aver attirata l'attenzione su di esse; si limita però ad accennare come tali crisi siano l'espressione clinica di congestioni e tumefazioni del fegato occasionate da alterazioni dei ramuscoli vago-simpatici lesi da intossicazioni proteiniche ancora non bene conosciute.

ROCCHI.

Colecistectomia esterna ed interna.

(I. DEAVER. *Ann. of Surg.*, aprile 1925).

La colecistectomia è l'operazione indicata nella maggior parte delle malattie della cistifellea; negli stadi precoci delle affezioni pancreatiche e delle linfoghiandole precipancreatiche; nella cirrosi biliare iniziale. Nei casi di colecistite acuta, in cui un intervento di urgenza s'imponga, è pure indicata la colecistectomia, a meno che, per le condizioni gravi del paziente, non si ritenga procedere ad una colecistectomia preliminare.

Nelle affezioni delle vie biliari, specie nei casi acuti gravi, e negli itterici, lo studio della funzione epatica si impone. Questo studio è complesso, e non ha dato finora risultati paragonabili a

quelli della funzione renale. Ciò dipende certamente dalla molteplicità delle funzioni del fegato; e i dati, anche più recenti, ottenuti con la fenoltetracloroftaleina, non ci forniscono da soli elementi sufficenti anche per una prognosi approssimativa. Essi possono assumere un valore maggiore, quando nello stesso tempo si facciano esami dei vari costituenti del sangue e delle urine.

Importante, nei malati delle vie biliari, è anche la questione dell'anestesia. D. si serve adesso del protossido di azoto e ossigeno, o dell'anestesia intrarachidea con apotesina.

La colecistostomia interna (colecisto-gastro-duodeno-enterostomia) presuppone un dotto cistico pervio ed una cistifellea a pareti relativamente normali. La colecistostomia esterna può essere sufficente in casi di colecistite catarrale, di infezioni croniche leggere delle vie biliari, nelle pancreatiti subacute, come primo stadio in ostruzioni del coledoco.

Il dibattito fra i sostenitori della colecistectomia e della colecistostomia non è peranco chiuso; ma l'esperienza della maggior parte dei chirurgi e dell'A. è in favore della colecistectomia.

Dei vari argomenti addotti dai sostenitori della colecistostomia due sembrano avere maggior valore: la maggiore gravità della colecistectomia; la funzione della cistifellea.

Secondo D. il primo argomento avrebbe un valore relativo, in quanto, in mano di chirurgi esperti, le due operazioni danno presso a poco la stessa mortalità. Il secondo avrebbe maggior valore, in quanto, e il potere di concentrazione della bile, e la secrezione mucosa della cistifellea, e il potere contrattile delle sue pareti (v. anche il recente articolo di Chiray et Pavel: *Presse Méd.*, 30 maggio 1925) farebbero della cistifellea un organo la cui funzione deve essere tenuta in conto.

I vantaggi del drenaggio interno (colecistostomia interna), rispetto alla comune colecistostomia, sarebbero: che è un drenaggio più permanente, abbrevia la durata della malattia, disturba meno del drenaggio esterno. D. usa il drenaggio interno in casi di colecistite calcolosa occorrente in individui di età piuttosto avanzata, con linfangite pancreatica cronica; nella pancreatite cronica e nella cirrosi biliare precoce; nelle ostruzioni non rimuovibili della parte distale del coledoco.

Un presupposto per la colecistostomia interna è che le pareti della cistifellea non siano molto alterate, e rispondano ad una leggera stimolazione elettrica; il fondo della cistifellea deve di solito sopravanzare il margine epatico. La colecistostomia interna ha anche questo vantaggio sulla esterna: conserva all'organismo i normali costituenti della bile.

A. CHIASSERINI.

La messa in evidenza allo schermo della cistifellea con le iniezioni endovenose di tetrabromofenolftaleina.

(W. H. COLE e ASSOCIATI. *Annals of Surgery*, settembre 1924).

Gli autori hanno esperimentato con la tetrabromosulfonfenolftaleina, usando soluzioni in acqua bidistillata di sali di calcio o di sodio di questa sostanza. I sali di sodio danno meno luogo ad inconvenienti e sono perciò preferiti dagli Autori. Introdotta per via endovenosa la sostanza viene eliminata entro le 24 ore, sopratutto per la via epatica. Perciò si trova nella bile e rende opache ai raggi Roentgen le vie biliari (dotti e cistifellea). Quando la cistifellea o il cistico siano occlusi da calcoli o da altre cause, la loro ombra manca allo schermo. Vengono pure riprodotte sullo schermo le deformazioni, inginocchiamenti, aderenze della cistifellea e vie biliari.

L'impiego di questa sostanza potrà avere ulteriore sviluppo essendo tuttora sotto esperimenti.

V. GHIRON.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeit methoden.* Abt. IV, t. 9, H. 3 e t. 10, H. 4. Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1924-25. G. M. 3.90 e 5.70.

Questi due fascicoli del trattato dell'Abderhalden sono dedicati ad alcune parti del ricambio basale, a complemento di quella parte che tratta della determinazione quantitativa del ricambio dell'organismo. La III puntata del fascicolo 9° è dedicata in modo particolare al ricambio del poppante, la IV puntata del fascicolo 10° comprende alcuni capitoli concernenti i metodi di studio del ricambio respiratorio negli animali di grosso taglio, della microcalorimetria e la descrizione di un calorimetro per le ricerche sui grossi animali.

TR.

HALBAN J. und SEITZ L. *Biologie und Pathologie des Weibes.* V Band, Lief. 13. Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1925. G. M. 15.

Questo fascicolo del trattato dell'Halban e Seitz, in corso di pubblicazione, tratta particolarmente di un gruppo di affezioni parassitarie dell'apparato genitale femminile che ne costituiscono veramente una non comune localizzazione. Tali sono l'actinomicosi, l'echinococcosi, la bilharziosi, esposte dal Nürnberger di Amburgo e corredate da numerose illustrazioni.

Altri due capitoli sono dedicati invece a due malattie frequenti dell'apparato vescicale, la tubercolosi, e la blenorragia ed essi si presentano di notevole interesse non solo per lo specialista, quanto per il medico internista. Il capitolo della tubercolosi è stato redatto dal Weibel di Vienna, quello della blenorragia dal Wagner di Praga, ed in entrambi il testo contiene intercalate numerose illustrazioni di preparati macroscopici e microscopici particolarmente dimostrative.

Continua così in questo fascicolo l'accurata trattazione di ogni singolo argomento quale è stata apprezzata negli altri volumi già comparsi.

TR.

MARCHAL G. *La leucopédèse gastrique.* Vol. in-8°, pag. 204. G. Doin, Paris, 1925.

L'A. studia in questo lavoro un nuovo capitolo della leucocitologia. Egli mostra l'esistenza d'afflusso leucocitario nello stomaco e analizza tutte le cause di questa diapedesi gastrica da parte dei globuli bianchi. Inoltre egli mette in rilievo le principali funzioni dei leucociti nello stomaco, sopratutto la funzione digestiva e antitossica.

Utili deduzioni patologiche e terapeutiche, riferentesi soprattutto alle intossicazioni digestive e all'anafilassi alimentare, terminano l'opera, che certamente è raccomandabile a tutti coloro che si interessano di biologia e di patologia gastrica.

A. POZZI.

V. TRAMONTANO. *Le alterazioni del miocardio nelle malattie infettive acute.* Napoli, 1924.

È un capitolo di grande interesse clinico ed anatomo patologico quello scelto dal Tramontano: la clinica affannosamente indaga, l'anatomia patologica non riesce sempre nelle alterazioni anatomiche fornire la chiave risolutiva.

L'A. in una prima parte fa una rapida rivista della letteratura sull'argomento; in una seconda illustra una serie di autopsie con la corrispondente storia clinica, in una terza sperimentalmente ricerca le alterazioni nell'animale con l'iniezione dei vari germi e prodotti tossici.

Il lavoro, che esce dalla scuola del Pianese, è un importante contributo anatomopatologico; peccato che nei casi clinici nei quali sono illustrate le alterazioni anatomiche del cuore, non sia stato l'organo della circolazione preventivamente studiato con tutti i mezzi moderni.

T. PONTANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 29 maggio 1925.

L'alimentazione autoclavata.
I. Alimentazione con latte autoclavato.

Dott. FILIPPO USUELLI. — L'O. ha studiato sui ratti albini, in periodo di crescenza, gli effetti dell'alimentazione con latte di vacca crudo, autoclavato, e autoclavato in ambiente alcalino. Dalle sue ricerche risulta che gli animali alimentati con latte di vacca crudo si svilupparono e crebbero di peso in modo normale; che quelli alimentati con latte autoclavato puro, non presentarono alcuna sindrome polineuritica, nè xeroftalmica, nè rachitica, nè scorbutica; ma rallentarono il processo di accrescimento del peso corporeo; che gli animali alimentati con latte autoclavato in ambiente alcalino presentarono una violenta diarrea, la caduta immediata del peso corporeo, enterite grave, vasodilatazione generale e morirono alla quarta, quinta giornata di alimentazione. Questi fenomeni devono riferirsi secondo l'O., a una violenta intossicazione provocata dai prodotti di demolizione della molecola proteica; demolizione avvenuta sotto l'azione litica dell'alcale ad alta temperatura. L'eliminazione dell'anidride carbonica non è influenzata dalle dette alimentazioni, se non in via indiretta attraverso le variazioni del peso corporeo. Coll'aumentare di questo, la quantità relativa di anidride carbonica espirata, calcolata per ora e per Kg. di peso vivo diminuisce.

Dott. G. DONADEI. — *Accrescimento puberale delle cartilagini laringee nel ratto albino.*

Esiti a distanza in un caso di epifisite distruttiva multipla.

Dott. LEOPOLDO GIUNTINI. — Riferisce un caso di epifisite distruttiva della prima infanzia che interessò contemporaneamente le articolazioni scapolo-omerali e quelle dell'anca. Vengono proiettate le radiografie eseguite a 29 anni di distanza dal processo flogistico infantile dalle quali è possibile riconoscere:

A carico delle giunture della spalla, deformazione dell'estremo omerale, diafisi considerevolmente raccorciate per le lesioni interessanti la cartilagine interepifisaria di accrescimento;

A carico delle anche imponenti distruzioni della testa e del collo femorale in seguito alle quali, pur mantenendosi normali i rapporti fra i componenti ossei della giuntura, si è andata producendo una anchilosi fibrosa che ha notevolmente limitato la funzione articolare.

Seduta ordinaria del 12 giugno 1925.

Reperto ematologico atipico nell'anemia perniciosa.

Dott. A. CERESOLI. — Vi sono forme di anemia perniciosa che per il loro reperto ematologico atipico possono essere erroneamente classificate. Queste forme presentano la sintomatologia soggettiva ed obbiettiva ed il reperto anatomo-patologico tipico dell'anemia perniciosa, ed un reperto ematologico atipico colle seguenti caratteristiche: ipercromia o ipocromia lieve con valore globulare di poco inferiore all'unità, megalocitosi e megaloblastosi evidenti, e presenza di un enorme numero di elementi basofili che ad un esame superficiale vengono interpretati come elementi emocitoblastici, ma che per le caratteristiche del nucleo e del protoplasma si rilevano come elementi immaturi della serie rossa; megaloblasti basofili grandi e specialmente megaloblasti basofili linfoidi. Bene evidenti sono tutte le varie forme di passaggio dell'emoistioblasto, senza o con rare granulazioni azzurrofile, al megaloblasto linfoide; e che tali elementi appartengono alla serie rossa è provato non tanto dalle modificazioni del nucleo quanto dalla incipiente policromatofilia ed ossifilia del protoplasma.

Un'altra particolarità è l'esistenza di bastoncini di sostanza azzurrofila nel protoplasma per lo più addossati al nucleo.

Rari invece sono gli emocitoblasti, più numerosi gli eritroblasti basofili policromatici ed ortocromatici; rarissimi gli elementi maturi della serie granulotica rappresentati da polinucleari neutrofili con nucleo intensamente colorato ed in cariolisi; rari i linfociti che sono piccoli e con nucleo picnotico; assenti i monociti. Mancano del tutto le piastrine.

L'ipocromia che talora si osserva in queste forme atipiche può essere spiegata dalla relativa scarsità di elementi ortocromatici della serie rossa specialmente dalla coesistenza di altre malattie (tubercolosi).

Queste forme di anemia perniciosa possono ad un esame superficiale essere erroneamente interpretate sia come leucanemie, sia come leucemie acute ed in esse si trova la conferma dell'origine del megaloblasto linfoide della cellula istiode indifferenziata primordiale, l'emoistioblasto del Ferrata, origine già affermata e dimostrata dal Di Guglielmo.

I vantaggi della pedileva nella cura di alcuni squilibri funzionali del piede.

Dott. LAVERMICOCCA. — L'O. presenta un dispositivo semplice da lui ideato che chiama « pedileva », capace di aumentare a volontà, dal punto di vista meccanico, la lunghezza del piede.

Sviluppo organico dei bambini nella scuola all'aperto e colonia estiva al Trotter di Milano (anno 1923-24).

Dott. prof. G. FORNARIO. — Da dati costanti raccolti per tre anni successivi (1922-23-24) sull'altezza, peso relativo dei bambini delle Scuole comunali di Milano fu possibile fissare nell'anno 1923-24 lo sviluppo organico dei bambini al Trotter in comparazione con quelli delle Scuole comuni.

Da questo raffronto risulta che durante l'anno scolastico un gran numero di bambini costantemente diminuisce di peso nelle Scuole in genere ma in maggior numero diminuisce nelle Scuole comuni. Viceversa nelle Scuole all'aperto i bambini diminuiti di peso sono molti meno e quelli che aumentano sono in maggior numero. Inoltre mentre nelle Scuole comuni le femmine hanno arresto di sviluppo in maggior numero e in grande diminuzione di peso, nella Scuola all'aperto al Trotter le femmine seguono il presupposto di ogni regola fisiologica con prevalenza sui maschi.

Nella Colonia estiva al Trotter di Milano, malgrado la dimora sia stata limitata al terzo della giornata, la percentuale degli aumenti in peso relativo è stata soltanto di qualche unità inferiore a quella della Colonia a dimora permanente al mare: invece il numero di grammi di aumento per ogni centimetro di altezza è stato al Trotter assai più basso che nelle Colonie permanenti al mare. Ma così nella Colonia al Trotter come nelle altre Colonie al mare, le femmine hanno avuto costantemente un aumento di sviluppo maggiore dei maschi.

I risultati sono stati illustrati con numerose tabelle e diagrammi.

SCARLINI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta dell'11 luglio 1925.

Presidenza: prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Il riposo in posizione declive nella cura della tubercolosi polmonare.

Dott. G. B. ARGENTINA e dott. C. VALLE. — Essi hanno sottoposto, nella Sezione Speciale della Clinica Medica di Padova a questa cura 10 ammalati di tubercolosi polmonare evolutiva bilaterale, in cui non era possibile praticare la cura pneumotoracica, ed hanno ottenuto lo spostamento idraulico polmonare a mezzo di un loro dispositivo speciale, costituito da una spalliera di ferro portante a diversa altezza tre uncini, in modo da potere realizzare non solo una graduale ed individuale assuefazione alla cura, ma una notevole inclinazione: fino a 14 gradi del letto dell'ammalato.

Dànno le seguenti conclusioni:

1) Il riposo in posizione declive applicato nei nostri ammalati ci è parso poter realizzare una reazione congestizia passiva locale, a somiglianza della compressione pneumotoracica, nei casi in cui questa non è possibile sia praticata, e in tutti i casi in cui occorra una cura normalizzatrice, che sono la maggioranza delle forme in evoluzione: non è tassativamente controindicato che negli emottoici.

2) Esso è di facile applicazione ed ancora più pratico diventa usando il nostro dispositivo, a mezzo del quale si giunge ad una forte inclinazione in breve tempo: è bene sopportato dai pazienti, che si assuefanno rapidamente, ritraendone reale miglioramento.

3) Questo metodo di cura, per la favorevole impressione che a noi hanno dato i risultati ottenuti, ci dà affidamento che sia per rappresentare, a buon diritto, un sistema, se pur non del tutto nuovo, certo uno dei più pratici di cura, a cui occorre dare la maggiore diffusione, a vantaggio dei malati di tubercolosi polmonare.

Sull'idremia nella cirrosi di Laennec.

Dott. G. Avezzù. — L'O. ha studiato le modificazioni ematiche immediate e tardive che le paracentesi determinano nel cirrotico, si oppone alla teoria di Levesque il quale ammette una diluizione del sangue dopo lo svuotamento peritoneale in grazia dell'afflusso dei liquidi d'edema nel torrente circolatorio e si oppone pure alla teoria di Gilbert e Garnier, i quali, nell'anemia sierosa cronica di questa categoria di malati, da essi descritta, hanno voluto vedere una grave disidratazione ematica ed un'accentuata ipoalbuminemia del siero del sangue.

Le numerazioni globulari ed il volume delle forme citologiche rispetto al plasma, la viscosità, l'indice refrattometrico del siero, depongono invece per una permanente idremia del sangue, che si riduce solo nelle prime ore o nei primi giorni che seguono alla paracentesi, mai però fino a raggiungere i valori fisiologici che restano sempre sorpassati anche nei periodi di maggior disidratazione relativa.

Ciò si accorda con la teoria di Roger che vede nella ritenzione idrica da deficiente funzionalità renale, la patogenesi dell'ascite e degli edemi periferici del cirrotico.

Dott. G. Bloch. — *Cateterismo ureterale bilaterale con cistoscopia ad una sola cannula.* — Riferisce di un suo metodo personale che gli permette con cistoscopi muniti di una sola canna da cateterismo di eseguire il cateterismo contemporaneo di ambedue gli ureteri.

Voluminosa cisti mucosa presacrale ad evoluzione insolita.

Dott. G. Colle. — L'O. illustra un caso di voluminosa cisti a contenuto mucoso situata nella regione glutea destra, manifestatasi in un adulto all'età di 29 anni in seguito ad una caduta, simulante un'ernia ischiatica. Essa era costituita da due sacche, una esterna, l'altra comunicante con la prima a guisa di clessidra, posta nel cavo ischiorettale, entrambe costituite da una parete qua e là ricoperta da cellule epiteliali simili a quelle del rivestimento intestinale. Conclude che dei casi di presunta ernia ischiatica non operati possono essere dei tumori cosidetti sacrococcigei.

Contributo alla climatoterapia marina della tubercolosi iniziale.

Dott. G. Germani. — Fra le numerose cure usate contro la tubercolosi, ritiene che nei primi stadii e nelle forme a decorso cronico, si ottengano i maggiori risultati dall'azione associata e complessa dei numerosi elementi del clima marino. Data la grande varietà dei climi marini d'Italia, ha fatto uno studio degli effetti fisiologici e terapeutici dei singoli fattori dei diversi climi (alto mare, insulare, spiaggia del Tirreno e dell'Adriatico), per una opportuna indicazione dei climi benefici, e per la controindicazione di quelli nocivi. Ritiene che sia da attribuire maggiore importanza all'azione del cloruro di sodio, delle variazioni della pressione atmosferica, dell'elettricità atmosferica e della radioattività; che nelle pleuriti e peritoniti siero-fibrinose sintomatiche sia indicato il bagno di aria con modo e tecnica diretti dal medico in sanatorî marini; nelle pleuriti e peritoniti fibrinose ad evoluzione iperplastica e nei loro esiti e postumi, l'elioterapia ed il bagno di sabbia. È perciò necessario lo studio accurato della reazione organica individuale alla tubercolosi, e la conoscenza dei vari climi marini d'Italia.

Contributo sperimentale alla conoscenza del potere peptico del contenuto gastrico nella patogenesi dell'ulcera digiunale dopo gastroenteroanastomosi.

Dott. F. Virgillo. — L'O. ha studiato comparativamente il comportamento della mucosa intestinale e della secrezione gastrica in dodici cani operati di gastroenteroanastomosi secondo vari metodi di tecnica.

Ha osservato così l'ulcera peptica in un cane operato secondo il metodo del Keppich; ha ottenuto poi: aumento dell'HCl nei cani operati di resezione gastrica, antrale e mediogastrica in confronto che nei cani operati di gastroenteroanastomosi semplice anteriore o posteriore ed esclusione pilorica; aumento del potere peptico in quelli operati di esclusione pilorica. Non trae ancora conclusioni, data la scarsezza delle esperienze eseguite.

A. R.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La soglia dello zucchero in cento casi di diabete.

Clinicamente, osservano J. Roe e O. Irish (*The Jour. Am. Med. Ass.*, 9 maggio 1925), è importante il fatto che la soglia della glicosuria nel diabete dimostra larghe variazioni, perchè rivela quanto siano inadeguate le ricerche dello zucchero nelle urine e quanto sia necessaria la ricerca dello zucchero nel sangue, nel trattamento di questa malattia.

In un gruppo di pazienti infatti si trovano notevoli differenze del livello glicemico al quale avviene glicosuria, e perfino nello stesso p. la soglia dello zucchero spesso presenta notevoli variazioni. Per dimostrare questi fatti gli AA. hanno eseguito uno studio statistico su 100 diabetici sottoposti a cura dietetica e insulinica.

La soglia dello zucchero venne determinata in ogni p. scegliendo la glicemia più bassa con la quale contemporaneamente si otteneva una reazione positiva di Benedict nelle urine.

Gli AA. giungono ai seguenti risultati:

1) La soglia dello zucchero in 100 casi di diabete dimostrò livelli iniziali di escrezione tra 80 e 310 mg. di zucchero nel sangue;

2) La coesistenza di nefrite con il diabete fu apparentemente la causa delle alte soglie dello zucchero trovate;

3) Questi fatti dimostrano l'importanza della glicemia e l'insufficienza dell'esame del glucosio urinario nel diabete.

M. MARGOTTINI.

Terapia combinata dietetica insulinica nei casi di diabete mellito complicati con tubercolosi.

H. Weskott (*Münchner med. Wochenschr.*, n. 23 1925), rileva che sono discordi le opinioni sull'utilità o meno di curare con l'insulina i diabetici tubercolosi. Mentre da un lato la cura insulinica permette di nutrire più abbondantemente il diabetico tubercoloso e di migliorarne così lo stato di nutrizione e la resistenza all'infezione, dall'altro lato alcuni autori ammettono una azione nociva dell'insulina sul processo tubercolare. Infatti l'insulina determina nell'organismo tubercoloso delle reazioni di focolaio, per meccanismo aspecifico. Queste reazioni di solito non si manifestano con elevazioni termiche, esse si possono però facilmente riconoscere con lo studio della velocità di sedimentazione degli eritrociti e con lo studio degli ematogrammi. Se queste reazioni di focolaio sono intense esse possono aggravare l'infezione tubercolare. È perciò necessario ricercare scrupolosamente nei diabetici l'esistenza di processi tubercolari del polmone e quando questi esistano iniziare la cura insulinica con piccole dosi che poi si aumentano progressivamente. La dose iniziale non deve superare le cinque unità; è bene anche evitare di cambiare i preparati. Procedendo in tal modo si ottiene generalmente un miglioramento non soltanto del diabete ma anche del processo tubercolare. Speciale cautela è necessaria nella forma essudativa di tubercolosi. La cura dietetica è la stessa come nel diabete non complicato, soltanto le calorie somministrate si devono aumentare fino a da 35-40 per kg. Si possono dare senza pericolo discrete quantità di grasso purchè l'albumina degli alimenti sia scarsa.

POLITZER.

Azione antagonista dell'estratto di ipofisi posteriore e dell'insulina

Vi sono dati clinici e sperimentali sufficienti che dimostrano che la ghiandola pituitaria ha rapporti con il metabolismo dei carboidrati.

Cushing e altri notarono che l'iniezione di ipofisi posteriore produce glicosuria; Born dimostrò che l'estratto ipofisario ha un'energica azione antagonista sull'abbassamento dello zucchero del sangue prodotto da insulina.

R. Moehlig e H. Aiuslee (*Jour. A. M. Ass.*, maggio 9, 1925) nei loro esperimenti adoperarono 30 conigli da 2-4 kg. ai quali dopo 24 h. di digiuno si determinò la glicemia col metodo di Folin. Gli estratti ipofisari usati furono: l'« Infundin » di Borroughs e Welcome, e la « Pituitrin » di Parke Davis: non si notò differenza tra essi.

L'insulina era di 10 u. della « The Lilly Co. ». Venne saggiata l'azione isolata e combinata di insulina e di estratto di ipofisi post. su conigli normali, e l'effetto della pituitrina sulle convulsioni ipoglicemiche determinate da insulina.

Dagli esperimenti si trassero le seguenti conclusioni:

1) L'insulina alla dose di 80 u. produce costantemente la morte dell'animale mentre a dosi molto minori determina convulsioni ipoglicemiche che si presentano abitualmente quando la glicemia è tra 0.04 e 0.03 %;

2) L'estratto di ipofisi post. iniettato nel coniglio normale, di regola produce un lieve rialzo della glicemia, che si palesa circa 30 minuti dopo l'iniezione;

3) L'estratto pituitario iniettato contemporaneamente all'insulina impedisce l'abbassamento della glicemia prodotto da quest'ultima;

4) L'estratto pituitario iniettato durante convulsioni ipoglicemiche da insulina, determina un rapido innalzamento dello zucchero del sangue e conseguente guarigione del coniglio;

5) Il punto d'attacco dell'estratto pituitario sembra essere alla periferia; cioè il metabolismo muscolo-scheletrico.

La secrezione del lobo ipofisario post. infatti influenza i tessuti mesoteliali con l'intermediario della corteccia soprarenale; è evidente perciò che un'azione periferica sul metabolismo muscolare fornisce una spiegazione al fenomeno constatato. L'estratto pituitario cioè produrrebbe una conversione del glicogene muscolare in glucosio.

M. MARGOTTINI.

Edema generalizzato immediatamente seguente al trattamento insulinico nel diabete mellito.

Già Klein, v. Noorden, Jaksch hanno descritto casi di edema generalizzato consecutivi ad iniezioni di insulina in soggetti diabetici.

Gibson e Larimer (*The Journal of the Americ. Medic. Assoc.*) affermano di averne osservati varii casi e ne citano uno tipico: un diabetico del peso di 45 kg. a cui vennero iniettate 30 unità di insulina americana in una sola volta. Il giorno seguente, essendo la glicemia corrispondente a 1.38 0/00, comparvero edemi degli arti inferiori; in terza giornata v'era edema del viso, anasarca completo, ascite. In sesta giornata il peso del paziente era cresciuto a 55 kg. Somministrarono allora 0.65 di cloruro di potassio e 0.65 di bicarbonato di potassio pro die durante i pasti e soppressero completamente la somministrazione di cloruro di sodio. In cinque giorni l'edema scomparve.

Tutti gli altri casi osservati (che al momento dell'edema non presentavano nè acetone nè acido diacetico nell'urina) risentirono giovamento immediato dalla terapia potassica.

Circa le cause di tali edemi, queste sono da ricercarsi nella combinazione di tre fattori: 1) nel diabete la poliuria provoca una notevole disidratazione e quindi per conseguenza una maggiore affinità compensatoria dei tessuti stessi con l'acqua; 2) le preparazioni di insulina di per sè che possono agire allergicamente; 3) per l'azione dell'insulina, venendo a mancare l'eccesso di glucosio, viene a mancare l'azione diuretica da esso esercitata.

La spiegazione del fatto che la somministrazione di sali potassici fa scomparire l'edema, si ritroverebbe secondo gli AA. nella mobilizzazione del catione sodio provocata dal potassio. Azione analoga eserciterebbe la somministrazione di sali di calcio.

ROCCHI.

La reazione all'insulina.

Iniettando per via sottocutanea nel braccio da 5 a 10 dosi unità d'insulina, si possono osservare fenomeni interessanti, più o meno intensi, nei diversi soggetti, a secondo dello stato delle ghiandole endocrine e del sistema nervoso vegetativo.

Subito dopo l'iniezione si nota un'infiltrazione sottocutanea, per l'estensione di circa 2 cm. La cute è arrossata (macula) e in alcuni casi leggermente sollevata (papula). Sulle zone circostanti, nei casi molto positivi, può constatarsi lieve orripilazione.

La reazione dura in genere qualche minuto, però in un caso tanto l'infiltrazione quanto la colorazione rosso-scura persistettero per circa 24 ore. Contemporaneamente a tali fenomeni locali variabili, si possono osservare fatti generali anche essi incostanti.

Così Blanco Soler e Pardo (*La Medicina Ibera*, 11 luglio 1925) hanno potuto osservare che allorchè i fatti locali sono molto intensi, il polso può aumentare di frequenza, mentre quando la reazione locale è scarsa, il numero delle pulsazioni aumenta per pochi minuti.

La pressione presenta scarse modificazioni, la glicemia diminuisce sempre; però data la minima dose dell'insulina non si sono mai riscontrati fatti ipoglicemici. I pazienti che reagiscono positivamente per l'adrenalina sono quelli che presentano scarse reazioni locali e generali.

Gli AA. concludono che, per quanto le osservazioni siano ancora incomplete, la reazione alla insulina è molto evidente nelle sindromi di ipofunzione tiroidea e ovarica.

RE.

Il regime alimentare degli obesi.

M. Labbé (*Journ. de méd. de Paris*, 2 maggio 1925) fa notare che la condizione essenziale è di rifare l'educazione alimentare dell'obeso e quindi non gli si deve prescrivere un regime che un giorno dovrà abbandonare, perchè lasciandolo egli riprenderà le sue abitudini. È invece meglio dargli un regime misto ridotto come il seguente:

Piccola colazione: Un uovo alla « coque »; 10 grammi di biscotti, una tazza di tè, con un cucchiaio di latte. Alle 10, una tazza di brodo di legumi.

Colazione: Antipasto vegetale (radicchi, pomidoro, sedano, cavoli, cetriolo, fagiolini), in tutto 30 grammi. Carne magra (sgrassata, arrosto od ai ferri) g. 50. Legumi verdi o insalata cruda

g. 250. Frutta fresca g. 100. Biscotti secchi g. 10. Pane comune g. 50. Vino g. 150. Acqua a volontà.

Cena: Una minestra leggera e lo stesso pasto che alla colazione.

Fare uso di una cucina poco grassa e con poche spezie. La dose di carne può essere sostituita da un paio di uova.

fil.

Adiposità ipofisario-cerebrale-periferica.

Tanto lesioni dei centri vegetativi mesencefalici quanto lesioni dell'ipofisi che agisce per via ormonica su questi centri, possono determinare la sindrome della distrofia adiposo-genitale. Un altro elemento importantissimo nel determinismo della sindrome è dato dallo stato dei tessuti periferici, del cellulare sottocutaneo. Così ad esempio l'ormone tiroideo favorisce i processi ossidativi nel cellulare sottocutaneo (e vi impedisce quindi l'eccessiva apposizione di grasso) soltanto se la reazione vi è leggermente acida, non se è fortemente acida o leggermente alcalina.

Per queste considerazioni H. Zondek (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, n. 31, 192, 1925) vuole sostituito al nome « distrofia adiposo-genitale » il nome « adiposità ipofisario-cerebrale-periferica ». La malattia è caratterizzata dallo svoluppo relativamente rapido di masse adipose, da oscillazioni termiche con tendenza all'ipertermia, da tendenza all'oliguria e da cefalea. A differenza dell'adiposità ipotiroidea, il ricambio basale non è diminuito, può anzi essere esagerato. Oltremodo caratteristici per l'adiposità cerebrale-ipofisario-periferica, sono i disturbi nel ricambio dell'acqua e dei sali.

I malati tendono all'oliguria, l'urina ha un peso specifico alto. Le prove funzionali dimostrano che è diminuita la capacità di eliminare l'acqua; con le modalità proprie al disturbo extra-renale. Molti ammalati non riescono ad eliminare normalmente il cloruro di sodio, aggiunto alla dieta in quantità di circa 10 grammi.

Questa forma di adiposità si accompagna dunque a notevole ritenzione di acqua e di sali nei tessuti; perciò l'ipoalimentazione non riesce a determinare una diminuzione di peso. È soprattutto importante diminuire per quanto è possibile l'acqua ed i sali che i malati ingeriscono. Il riposo a letto, i diuretici usuali, l'opoterapia timica determinano una forte diuresi e diminuzione di peso: comportamento quindi analogo a quello degli edematosi. La massima efficacia si ottiene però con l'opoterapia tiroidea.

La tiroidina viene tollerata anche in forti dosi, si possono somministrare fino a 0.6-0.8 grammi di tiroidina secca.

POLL.

Iperplasie delle paratiroidi nell'osteomalacia ed osteoporosi.

L'iperplasia delle paratiroidi, descritta da Erdheim ed altri autori in casi di affezioni dello scheletro, vennero riscontrate anche da F. Kerl (*Deutsche med. Wochenschr*, n. 31, 1925) in un caso di osteomalacia puerperale e in un caso di osteoporosi. L'iperplasia delle paratiroidi è un fenomeno di compenso, con cui l'organismo cerca di soppperire all'impoverimento dello scheletro in calcio.

POLL.

NOTE DI TECNICA.

La diagnosi microscopica della dissenteria all'inizio.

Non è sempre facile distinguere subito clinicamente la dissenteria bacillare da quella amebica; e spesso è il laboratorio che afferma e chiarisce la diagnosi, della quale l'esame del malato permetteva solo un lontano sospetto.

G. Haughwout (*Journ. A. M. A.*, 11 ottobre 1924) in base alla sua esperienza afferma che spesso basta l'esame microscopico delle feci per porre e specificare rapidamente la diagnosi di dissenteria. L'essudato della dissenteria bacillare è ricchissimo di polinucleati neutrofili in disfacimento, contiene eritrociti, plasmacellule, un notevole numero di macrofagi di tipo endotelioide in degenerazione, ed alcune cellule quasi completamente distrutte, ridotte ad ombre (ghost cells). Caratteristici sarebbero specialmente i macrofagi endotelioidi e le ghost cells.

Nell'essudato mucosanguinolento della dissenteria amebica invece i polimorfonucleari sono più scarsi, vi si trovano cristalli di Charcot-Leyden, e, soprattutto, si osserva l'Entamoeba histolytica, riconoscibile specialmente perchè contiene emazie in via di digestione. In pratica si può ritenere questo dato come caratteristico: secondo Kofoid e Swezy anche la Councilmania lafleuri, ameba assai raramente osservata nelle feci umane, conterrebbe emazie.

La ricchezza di polinucleari dovrebbe mettere in sospetto di una dissenteria mista, amebico bacillare.

Secondo l'A. la dissenteria balantidica, e le varie ulcerazioni del colon, danno luogo ad essudati caratteristici, non confondibili con quelli dovuti alla dissenteria amebica e bacillare.

DORIA.

Il periodo d'incubazione e la ricerca batteriologica della pertosse.

Ch. Funck-Hellet (*Arch. de médecine des enfants*, febbraio 1925), basandosi sull'osservazione di sette epidemie verificatesi in un asilo d'infan-

zia, ritiene di poter affermare che il periodo di incubazione della pertosse ha una durata minima di 9-11 giorni; esso sarebbe quindi più lungo di quello ammesso da Comby (una settimana) e da altri, che lo vorrebbero ridotto a pochi minuti (Roger).

Per la ricerca e la diagnosi nel periodo catarrale, l'A. consiglia l'insemenzamento delle goccioline proiettate con la tosse; si ottiene con esso il 75-80 % di risultati positivi entro 48 ore. Per la profilassi, sarebbe efficace l'iniezione del siero di convalescenti col metodo di Debré.

fil.

Sulla variabilità del Bact. coli.

Anselmi (*Zentr. f. Bakt.*, 1924, Bd. 92) prende in esame il problema della fissazione di tipi sierologici del bact. coli e il problema ad esso unito della variabilità in rapporto coll'ambiente.

Il b. coli in relazione col suo carattere di saprofita e di commensale, possiede una forte variabilità, mentre il b. paratifo B, commensale tendente al parassita, mostra già una più grande stabilità che diventa ancora maggiore nel b. tifico, parassita obbligato. L'A. tenendo presente tali fatti si domanda se la variabilità possa essere una proprietà o forse anche una funzione, facente parte del carattere saprofita e che va perduta col carattere parassita. A tale scopo, anche per stabilire una prima grande divisione nel gruppo del b. coli, divisione già da altri tentata con risultato negativo, l'A. prende in esame, dal punto di vista sierologico, due ceppi parassiti, dei quali uno isolato da un ascesso renale, l'altro da una pielocistite ed un ceppo saprofita isolato dalle feci d'un individuo sano. Trattando le culture ottenute dai ceppi suddetti con i relativi sieri agglutinanti e giovandosi delle opportune ricerche del Castellani, l'A. riesce a stabilire che rimane sempre una identità sierologica fra tutte le culture dei ceppi parassiti, mentre fra quelle derivanti da ceppi saprofiti si nota una costante variabilità sierologica.

A. POZZI.

IGIENE.

La disinfezione degli sputi tubercolari.

Fra i diversi procedimenti usati per la disinfezione degli sputi tubercolari, l'incinerazione rende necessarie delle sputacchiere speciali, è costosa ed urta contro difficoltà pratiche. L'ebollizione riesce ottimamente allo scopo a condizione che sia prolungata per un tempo sufficiente, almeno per 15 minuti in una soluzione che elevi la temperatura di ebollizione; inoltre è necessario che gli sputi vengano dapprima liquefatti per mezzo di una sostanza chimica, altrimenti al contatto dell'acqua calda subiscono la coagulazione, sicchè possono rimanere dei bacilli vivi nell'interno dei coaguli. Il processo col vapore sotto pressione può essere utilizzato soltanto in adatti stabilimenti.

Vi sono poi dei processi termochimici che consistono nel mescolare gli sputi con calce viva, immergendo poi il tutto in un recipiente con acqua calda. Il calore proveniente dalla idratazione della calce permetterebbe di raggiungere una temperatura prossima a 100°.

Innumerevoli sono poi i processi chimici, ma ben pochi di essi possono ritenersi efficaci. L'acido fenico, il sublimato ed i sali metallici sono da sconsigliarsi per l'azione coagulante e per la tossicità. Gli ipocloriti alcalini (cloruro di calce, acqua di Javel, liquore di Labarraque) danno risultati discordanti secondo i diversi sperimentatori e così pure i composti del tricresolo in soluzioni saponose (creoline, lisolo) od associati a sostanze alcaline (cresilol sodico). P. Courmont e A. Rochaix (*La Presse médicale*, 7 febbraio 1925) danno la preferenza alla formalina associata ad una base alcalina, sia in forma di soluzione acquosa di formalina al 2,5 % col 5 % di potassa, sia come soluzione saponosa alcalina di Küss, composta con sapone nero gr. 8; carbonato di sodio secco gr. 4; formalina del commercio cmc. 40; acqua quanto basta per un litro. La soluzione deve agire per una ventina di ore.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

L'urotropina nelle setticoemie. — Al dott. G. M.:

L'urotropina per via boccale e per via endovenosa è stata largamente adoperata nelle infezioni e tra queste nelle setticoemie.

Buoni resultati si trovano registrati in numerose pubblicazioni, specialmente con alte dosi (fino ad 8-12 grammi nelle 24 ore).

Resultati convincenti non abbiamo mai potuto ottenere nella nostra diretta esperienza anche con alte dosi per via endovenosa, quando la setticoemia tale si poteva denominare per il reperto emoculturale positivo!

T. PONTANO.

Libri di odontoiatria. — All'abb. n. 9799:

Un buon testo moderno di Odontoiatria e Protesi dentaria è il *Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste*, del dott. FRITEAU, 3 vol.,

éd. Doin, Paris (6e), place de l'Odéon n. 8, 1923-25, franchi 137.

In italiano è in corso di pubblicazione il *Trattato di Odontoiatria e Protesi dentaria* del prof. BEN. DE VECCHIS, via Cuma a S. Lucia n. 6, Napoli.

Il periodico mensile *La Stomatologia*, organo della Federazione Stomatologica Italiana, piazza S. Bernardo 108-A, Roma, abb. annuo L. 60, pubblicherà a puntate nel 1926 il recente e classico trattato del prof. SZABO di Budapest.

È stato ristampato il *Primo trattato italiano di Odontotecnica*, del defunto prof. CARLO PLATSCHIK, Milano, ed. Cogliati, L. 90.

A. PIPERNO.

VARIA.

Principî di deontologia medica.

1) Qualunque medico chiamato per la prima volta in una famiglia, se viene a sapere che esso è stato chiamato in mancanza del medico curante assente o malato, deve prestare le sue cure solamente durante l'assenza del collega.

2) Se il medico chiamato durante l'assenza del curante si accorge che il malato ha l'intenzione di richiedere in sèguito le sue cure, esso potrà continuare a visitare il malato *dopo averne avvertito il collega.*

3) Qualsiasi medico chiamato per caso presso un malato in cura dovrà limitarsi a prescrivere i rimedi necessari per ovviare agli incidenti del momento e non presentarsi nuovamente dal malato se non è chiamato in consulto dal curante.

4) Qualsiasi medico chiamato da un malato nel corso di una malattia acuta o cronica regolarmente seguita da altro medico farà ogni sforzo per fare richiamare il primo curante e, se non vi riesce, dovrà prevenire senza ritardo il collega.

5) Il medico che ha sostituito un collega non si permetterà di prestare le sue cure ad un cliente o ai suoi vicini immediati che egli non ha conosciuto se non per la avvenuta sostituzione, a meno che non ne ottenga il nulla osta da parte del collega.

6) Qualunque medico chiamato in consulto deve astenersi da ogni commento in presenza del malato o dei famigliari. Fatto a parte il consulto, la cura sarà applicata dal medico curante.

7) Il medico chiamato in consulto dal medico curante o dalla famiglia non ritornerà a vedere il malato che se è nuovamente chiamato ed autorizzato dal curante.

8) Rientra nelle norme di buona colleganza l'accettazione di un consulente proposto dalla famiglia, qualunque sia la sua età, il suo grado e la sua posizione, purchè la sua onorabilità personale e professionale siano indiscutibili.

9) Il gabinetto di consultazione è un terreno neutro in cui il medico può dare i suoi consigli a tutti quelli che glieli chiedono e qualunque sia il medico curante.

(Adottato dal « *Conseil général des Sociétés d'arrondissement* »).

fil.

Medici ed onorarî di Roma imperiale.

L'esercizio dell'arte medica nell'antica Roma, era tra le professioni più profittevoli. I medici ordinari del primo imperatore romano percepivano l'onorario annuo di sesterzi 250,000, pari a lire 67,968. Oggi bisogna dire però lire-oro. Rendite ancor maggiori ottenevano i medici nella pratica, presso le famiglie della nobiltà romana. Ogni primo dell'anno era loro anticipato il lauto stipendio annuo, ma ricevevano inoltre somme cospicue per singole cure... felici.

Il gran Claudio Galeno, da un console di Palestina, si ebbe 400 aurei (L. 10,750) per avergli guarita la moglie gravemente ammalata.

Quando poi se ne dicono tante dei consoli romani...

Plinio narra due casi, nei quali eransi promessi in anticipazione onorari di sesterzi 200,000 (lire 54,375)... sempre che il paziente guarisse.

I romani erano pratici in tutto.

Il famoso medico Stertinio ricavava dall'esercizio professionale in città 6,000,000 di sesterzi (1,621,250).

Un altro medico di grido, Erina, lasciò la bella sostanza di 10 milioni di sesterzi (2,718,750 lire oro!). E aveva speso altrettanto in edifici di pubblico bene.

Proventi così lusinghieri erano causa però di grandi guai per la salute pubblica, perchè traevano molte persone ignorantissime dell'arte medica ad abbandonare la loro qualsiasi professione originaria ed abituale, per improvvisarsi medici. In quei beati tempi gli esami non esistevano, ed i medici non assumevano quasi alcuna responsabilità, quando spedivano a Plutone i clienti. Ma come correttivo a questo inconveniente, accadeva spesso che allorchè l'improvvisato medico aveva fatto ogni strage possibile, sì da raggiungere una celebrità a rovescio, vedevasi isolato, privato d'ogni cliente, ed allora per vivere diventava gladiatore o becchino. O tornava all'antico mestiere di falegname, tessitore, fabbro, mugnaio, macellaio...

(Dal *Giornale di Genova*).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Pei Gabinetti di radiologia.

Il Ministro Segretario di Stato per gli affari dell'Interno ha pubblicato in data 18 *luglio il seguente Decreto*:

Al n. 58 del paragrafo XI delle istruzioni annesse al decreto ministeriale 30 aprile 1921 sono aggiunti i seguenti commi:

I Gabinetti di radiologia impiantati in case di abitazione e che impiegano apparecchi alimentati da tensioni corrispondenti ad una lunghezza di scintilla tra punta e piano da 25 a 35 centimetri, e cioè ad una tensione da 150 a 185,000 volts, debbono corrispondere alla condizione che il fascio luminoso sia trattenuto in tutte le direzioni, eccetto quella in cui viene utilizzata, da uno strato di materiale opaco equivalente almeno ad una lastra di piombo di due millimetri di spessore. Nella direzione nella quale i raggi vengono utilizzati, la protezione del piano sottostante o soprastante all'ammalato dovrà essere costituita da una lastra di piombo dello spessore di almeno millimetri due, o di materiale equivalente, e della superficie di metri due per due.

Per i Gabinetti che impiegano apparecchi alimentati da tensioni corrispondenti ad una lunghezza di scintilla maggiore di 35 cm. e fino a 45 centimetri, corrispondenti ad una tensione superiore a 185,000 e fino a 230,000 volts lo spessore dei materiali protettori di cui al comma precedente non potrà essere inferiore a millimetri tre di piombo o di materiale equivalente.

L'ambiente adibito a qualunque applicazione radiologica deve essere fornito di adatti dispositivi che permettano il continuo e sufficiente rinnovarsi dell'aria, in modo che i prodotti nocivi non possano recar danno nè al paziente, nè agli operatori, nè al vicinato.

Ogni gabinetto radiologico è obbligato ad essere provvisto di quei mezzi di protezione del personale operante ed assistente riconosciuti come sufficienti dalla tecnica moderna (guanti, grembiuli ecc.).

I possessori di preparati di radium sono obbligati a conservare tali preparati in una scatola di piombo che abbia in tutte le direzioni lo spessore di almeno centimetri cinque.

Cronaca del movimento professionale.

L'assicurazione-malattie nelle province redente.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Trieste vedendo nel mantenimento della legge austriaca sull'assicurazione obbligatoria di malattia un pericolo grave per la libera professione ed un continuo svalutamento della prestazione medica, invoca dal Governo Nazionale la revisione sostanziale della legge chiedendo, dopo sette anni dalla sospirata liberazione, che i medici di queste Provincie vengano equiparati agli altri medici d'Italia nei loro diritti e nei loro doveri.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Buonalbergo; L. 5000 (*sic*). Scad. 30 sett. Gli esami avranno luogo a Napoli.

CELLE S. VITO (*Foggia*). — A 30 gg. dal 7 sett.; L. 9000; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg. Documenti a 3 mesi dalla presentaz.

FIRENZE. *R. Prefettura.* — Uffic. sanit. di Prato; Scad. ore 17 del 10 ott.; L. 12,000 e c.-v.; 8 trienni decimo; valutaz. parziale servizi prestati; è concesso il libero eserc. profess. Età lim. 45 a. Ab. 60,560. Chiedere annunzio.

GUBBIO (*Perugia*). — Chirurgo primario; lire 7000 oltre L. 600 serv. attivo, L. 4000 serv. poveri in Ospedale e c.-v. — Medico primario di città; L. 8000 oltre L. 600 serv. att. e c.-v. — Aiuto chirurgo; L. 4500 e c.-v. oltre alloggio e vitto nell'Ospedale. — Per tutti e 3 i conc.: età mass. 40 a.; scad. 15 ott. Per schiarimenti rivolgersi segreteria comunale.

IESI (*Ancona*). — Medico e chirurgo primarî presso l'Ospedale Diociesiano (13 comuni); rispett. L. 10,000 e L. 8,000 e aumenti fino al 50 %; c.-v.; partecipaz. proventi; per la direz., a uno dei due primarî L. 2000. Indenn. per casi urgenti L. 2000 al med. e L. 2500 al chir. Rivolgersi segreteria della Congregaz. di Carità. Scad. 31 ott.

LAVELLO (*Basilicata*). — A tutto il 15 ott.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; docum. a 3 mesi dal 10 sett. L. 7000 e 4 quadrienni (eventualmente 5) decimo; addizion. L. 5 oltre i 900 iscritti; ab. 10,746. Serv. entro 10 (*sic*) giorni.

LOIANO (*Bologna*). — Al 15 ott., ore 18; 2ª cond.; L. 8000 e 5 aumenti di L. 600, oltre L. 1200 c.-v.; cav. L. 3000; eventuali altre indenn.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 20 ott.; 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 e assegno annuo rivedibile L. 1500; dieci trienni ventesimo; riconoscimento quattro trienni servizio regolare altri Comuni. Età limite 39 a. Esonero tassa concorso. Chiedere avviso.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONTECORSARO (*Macerata*). — Al 10 ott.; 1ª cond. e direz. Osped. Civico; ab. 3712 di cui 700 c. pov.; L. 8000 e 3 quinquenni dec., due c.-v. detratte L. 780; indenn. trasp. (da L. 500 a L. 2500 secondo il veicolo); L. 3000 indenn. « chirurgica ». Età lim. 39 a. Tassa L. 50.10. Docum. a 3 mesi dal 5 sett. Serv. entro 15 gg.

PALMI (*Reggio Cal.*). — Al 30 sett., 3ª cond.; età lim. 35 a.; tassa L. 50; docum. non anter. 1 giu. L. 4000 (*sic*) salvo miglioramenti deliberati e in corso approvaz.

PIACENZA. *Ospizi Civili.* — Primario di radiologia e terapia fisica nell'Ospedale Civile; L. 7000 e 50 % introiti lordi. Scad. 15 ott. Docum. all'Amministraz.

PIEVE DI TECO (*Porto Maur.*). — Al 30 sett., ore 18; due cond. consorz.; L. 7500 per 500 pov.; addiz. L. 5; c.-v.; 5 quadr. decimo; L. 1000 al sanitario addetto al forese; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15. Serv. entro 15 gg.

PISA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Pisa; al 20 ott., ore 18; L. 16,000 oltre c.-v. e L. 2000 indenn. carica; 5 quadrienni decimo; divieto libero eserc. profess. Ab. 70,000 circa. Età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 1° sett. Tassa L. 50.20. Esami presso l'Univ. di Pisa. Chiedere annunzio.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — È aperto il reclutamento dei sottotenenti di complemento del corpo sanitario. Il termine per la presentazione delle documentate domande è fissato al 31 ottobre dovendosi imprendere il servizio sotto le armi il 1° dicembre, per seguire il relativo corso d'istruzione. A cura dei comandi di distretto militare saranno pubblicati i manifesti contenenti le norme dettagliate da seguirsi per chiedere l'ammissione ai corsi suddetti.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

S. PAOLO ALBANESE (*Potenza*). — Cond. resid., serv. pov. L. 7000; L. 500 uff. san.; aum. quadr. Scad. 15 ottobre.

S. PIETRO VERNOTICO (*Lecce*). — 2ª cond.; vedi fasc. 38. Docum. a 3 mesi dal 4 sett.

S. VITTORIA IN MATENANO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 ott. Vedi fasc. 38.

SERVIGNANO (*Ascoli Piceno*). — Al 2 ott.; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea; addizion. L. 5 oltre i 1000 pov.; L. 1700 trasp.; 5 quadrienni dec. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 28 ag. Eventuale proroga.

TEVEROLA (*Caserta*). — L. 7000 e 5 quadr. 1/10; ab. 2264. Scad. 30 sett.

VOLTRI (*Genova*). *O. P. Ospedale San Carlo.* — Medico primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 (*sic*). Scad. ore 18 del 31 ott. Età lim. 40 a. Laurea da 5 anni. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio alla segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Agostino De Lieto Vollaro, stabile di clinica oculistica nella R. Università di Firenze, è trasferito alla cattedra della stessa disciplina nella R. Università di Milano.

Per la cattedra di patologia speciale chirurgica presso l'Università di Padova la Commissione di Facoltà ha designato: Baggio Gino, Fasiani Gian Maria, Razzaboni Giovanni.

La Commissione ministeriale si è divisa; la maggioranza ha designato: 1° Fasiani, 2° Razzaboni, 3° Baggio; la minoranza (Perez): 1° Razzaboni, 2° Baggio, 3° Fasiani.

La Società Francese Nazionale di Chirurgia ha assegnato il premio quinquennale Lannelongue, consistente in una medaglia d'oro e 5000 franchi, al dott. George Crile di Cleveland (Stati Uniti d'America) per l'insieme dei suoi lavori sull'anociassociazione, sulla genesi dello shock ecc.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica).

Allo scopo di preparare il materiale per le discussioni e le deliberazioni che avverranno in seno all'imminente Congresso della stampa medica, l'ufficio di segreteria dell'Associazione stima doveroso di comunicare ai soci ed a quanti potessero avervi interesse una breve cronistoria dell'Associazione stessa e di prospettarne lo stato attuale.

Un'Associazione della Stampa Medica Italiana era parsa da anni necessaria: se ne istituirono successivamente parecchie; qualcuna ebbe momentaneo successo, ma tutte si spensero in breve tempo.

Sorte migliore toccò all'*Associazione della Stampa Scientifica Italiana*, costituitasi nel giugno 1909 per iniziativa di Mario Segale; era divisa in più Sezioni, delle quali però ha funzionato soltanto la *Sezione Medica*, presieduta da Enrico Morselli e di cui era segretario attivissimo e volenteroso il Segale. Dalle iniziali dell'Associazione e della Sezione è derivata la sigla ASSIM, con cui è stata designata l'Associazione della Stampa Medica in Italia; questa sigla figura anche sui periodici aderenti all'Associazione.

L'*Assim* ebbe per parecchi anni un periodo abbastanza florido e brillante di vita. Essa fu aggregata all'Associazione della Stampa, risiedente a Roma, attraverso la sede di Genova. Tenne varî Congressi nazionali ben frequentati e ricchi di deliberazioni; partecipò ai Congressi internazionali della stampa medica adunatisi a Budapest, Roma e Londra.

Importante il Congresso internazionale che si tenne a Roma, nel 1911. In quell'occasione venne consolidata anche l'intesa dell'*Assim* con l'Associazione della Stampa, in nome della quale l'on. Barzilai che allora ne era il presidente tenne un elevato discorso (in un banchetto offerto dai giornalisti medici italiani ai colleghi stranieri).

Si devono all'*Assim*, fra le altre, due iniziative sanzionate dai Congressi internazionali della stampa medica e che dovrebbero ormai aver corso in tutti i Paesi: 1) le memorie originali, pubblicate nei periodici di medicina, devono essere corredate delle conclusioni o di riassunti, allo scopo di agevolare le recensioni, specialmente da parte dei periodici di altre lingue, e così attivare i rapporti culturali internazionali; 2) uno stesso lavoro non può essere pubblicato in più di un periodico della stessa lingua.

La manifestazione più brillante dell'*Assim* si è forse avuta alla grande Esposizione del Libro a Lipsia nel 1914: ivi l'*Assim* espose, in una sala, non soltanto la produzione editoriale medica, ma tutta quella scientifica italiana, iniziando così la vita della società al completo, in tutte le sue Sezioni: ricevette il grande diploma di benemerenza; a sua volta rilasciò medaglie commemorative a tutti gli espositori della mostra italiana.

La guerra arrestò quasi del tutto la vita dell'*Assim*

Per conferirle una attività più rispondente al suo carattere nazionale, il presidente e il segretario espressero il *desideratum* che fosse trasferita nella capitale. Ivi, nel 1920, si adunò il Consiglio direttivo, che decise il trasferimento. Alla presidenza fu chiamato il socio G. Sanarelli; a far parte del Consiglio furono designati i soci V. Ascoli, vice-presidente, A. Busi, A. Ferrannini, L. Giuffrè, L. Lucatello, L. Mangiagalli, L. Pagliani, M. Segàle; al Morselli fu conferita la presidenza onoraria; la carica di segretario fu assunta dal socio G. Dragotti.

Mercè l'opera solerte ed efficace del sen. Sanarelli, coadiuvato dal dott. Dragotti, furono sensibilmente attenuate le conseguenze della crisi che travagliò la stampa periodica nell'immediato dopoguerra. In particolare si ottenne, dal Ministero del Lavoro, la concessione della carta ad un prezzo ridotto per i periodici inscritti all'*Assim*, qualora ne richiedessero e consumassero un *minimum* definito; questa concessione arrecò un notevole vantaggio alle amministrazioni dei periodici di medicina a maggior tiratura: si può affermare che grazie ad essa molti periodici poterono continuare le pubblicazioni e altri poterono condurre una vita quasi normale.

Dopo questo sforzo l'*Assim* entrò in un periodo di stasi. Si era forse sviati e distratti da preoccupazioni più pressanti! L'arresto della vita nel dopo guerra è avvenuto in presso che tutte le congeneri associazioni estere, le quali in questi ultimi tempi si stanno ricostituendo.

La prima adunanza del Consiglio direttivo, indetta nel luglio 1924 dalla presidenza, andò quasi deserta; perciò il presidente, sen. Sanarelli, credette di dover rassegnare le dimissioni con lettera diretta al vice-presidente, prof. V. Ascoli.

Poco prima anche il dott. Dragotti si era dimesso dalla carica di segretario, la quale è stata assunta, interinalmente, dal dott. L. Verney, per assicurare l'espletamento degli affari correnti.

Le mansioni di economo-cassiere sono state accettate dal rag. Renato Pozzi.

Il prof. Ascoli dette immediatamente notizia della decisione del Presidente, con circolare ai giornalisti medici italiani, invitandoli nello stesso tempo ad esporre le loro idee sul da fare. Le risposte sono state poche e di scarsa importanza, non tali da indurre il vice-presidente ad un'azione immediata. Affinchè la sospensione della vita sociale non abbia oltre a prolungarsi, egli ha diramato gli inviti per un'adunanza generale da tenersi a Roma il 28 ottobre p. v., in occasione dei Congressi di medicina interna e di chirurgia. Essa stabilirà se l'Associazione debba mantenersi in vita e, nel caso affermativo, come debba essere modificata per iniziare un nuovo periodo di attività che tutti le auguriamo fecondo e fortunato. Evidentemente occorrerebbe addivenire alle elezioni, dopo fatte le necessarie riforme dello statuto.

Ricordiamo, a questo proposito, che, a norma dello statuto, sono ammessi a far parte dell'*Assim* il direttore, il redattore-capo e il segretario di redazione dei periodici di medicina iscritti. Dev'essere corrisposta alla segreteria una quota annua d'iscrizione reperibile dall'amministrazione del periodico.

Il bilancio finanziario dell'Associazione (richiesto insistentemente da un periodico di Napoli) è molto modesto. Basti dire che durante il 1924, in cui la segreteria non credette di avanzare sollecitazioni per le riscossioni, a causa della scarsa attività esplicata dall'Associazione, furono riscosse quattro sole quote, di L. 20 ciascuna. All'inizio del 1925 l'attivo ammontava a L. 1435.60, costituito quasi per intero da residui degli anni precedenti.

L'UFFICIO DI SEGRETERIA.

Congresso di medicina tropicale.

Si adunerà a Tokyo, dal 18 ottobre al 7 novem. 1925, il VI Congresso dell'Associazione di medicina tropicale dell'Estremo Oriente. In una seduta dell'Associazione, tenutasi sotto la presidenza del dott. barone Kitasato, si è stabilito che le comunicazioni scientifiche saranno tenute in sei Sezioni così divise: *a*) Anatomia, fisiologia, biochimica e farmacologia; *b*) Patologia, microbiologia, parrassitologia e zoologia medica; *c*) Medicina del lavoro, medicina tropicale, nevrologia e pediatria; *d*) Chirurgia, dermatologia, ginecologia, oftalmologia, malattie veneree e odontoiatria; *e*) Igiene, medicina sociale, malattie contagiose, statistica; *f*) Veterinaria.

Uno degli argomenti di discussione più importante riguarderà i mezzi di prevenzione del beriberi e la proposta di determinare il tipo di riso non nocivo alla alimentazione.

Giornate mediche tunisine.

Come è noto, le « giornate mediche di Bruxelles » hanno avuto un successo straordinario e sono state subito imitate: abbiamo avuto infatti le « giornate mediche di Tolosa » e si organizzano le « giornate mediche di Parigi »; ora si annunziano anche le « giornate mediche di Tunisi », indette dal 2 al 5 aprile 1926; contemporaneamente si preparano un'Esposizione d'igiene, escursioni, ricevimenti, rappresentazioni teatrali, banchetti ecc. Gli argomenti all'ordine del giorno sono: Chirurgia gastro-duodenale; Febbre mediterranea; Profilassi e cura del morbillo. Possono aderire medici, veterinari e farmacisti; quota fr. 100, ridotta a 50 per i sanitari militari, a 40 per i sanitari d'ospedale, per gli studenti di medicina e per gli stranieri. Indirizzarsi al segretario del Comitato organizzatore, sig. Gérard, Ufficio d'Igiene della Città, Tunisi.

Congresso metapsichico internazionale.

Si è tenuto a Parigi nella prima metà di settembre, allo scopo precipuo di mettere in luce il carattere scientifico dello spiritismo sperimentale e di prospettare la portata morale e sociale che vanno assumendo i fenomeni spiritici.

Conferenza italo-francese per le tariffe doganali dei medicinali.

In seguito a trattative che hanno avuto luogo nel mese di giugno scorso tra una delegazione italiana, presieduta dal prof. Marfori, e una delegazione francese, presieduta dal prof. Moureu, incontratesi a Parigi, si è raggiunto un accordo preliminare sulla base dell'assoluta parità di trattamento doganale fra i due paesi per i prodotti medicinali. Si confida che esso diverrà presto legge.

Corso di igiene navale per medici di bordo.

Si è chiuso da qualche giorno il corso di Igiene Navale e Profilassi della Emigrazione, tenuto in Venezia con eccezionale perizia e con dedizione veramente esemplare dal dott. cav. uff. Messi, medico provinciale, in seguito ad autorizzazione della Direzione generale della Sanità Pubblica. Detto corso fa parte di quello di Medico di Bordo, autorizzato dal Ministero degli Interni e diretto dal prof. comm. Casagrandi, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Padova.

Le conferenze del dott. cav. Messi, alle quali prese parte un gruppo numeroso di medici venuti da vari centri italiani, sono state teoriche ed anche pratiche con ispezioni fatte sui vari tipi di piroscafi, sia per passeggieri, sia per emigranti, sia per trasporti, e speciali come per le carni congelate, le derrate, ecc.

I dottori hanno assistito a varie pratiche di disinfezione e disinfestazione e questa eseguita col metodo della anidride solforosa e con mezzi modernissimi quali sono i gas cianidrici, visitando infine la meravigliosa Stazione Sanitaria di Poveglia, la quale, e per la modernità delle costruzioni, e per dovizia di perfetti e delicati apparecchi, e per la larghezza dei mezzi di ricovero, è vanto dell'Italia nella lotta contro le sempre temibili infezioni esotiche, e costituisce una delle più belle opere della benemerita nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica, tanto sapientemente diretta dal prof. comm. A. Messea.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Numerosi corsi di perfezionamento, di varia durata, in tutti i rami della medicina, si terranno presso la Facoltà medica di Vienna durante l'anno scolastico 1925-26. Chiedere programmi e informazioni al Büro der Wiener Aerztekurse, Wien VIII/1, Schlösselgasse 22.

Per l'Università di Palermo.

La Facoltà Medica di Palermo ha approvato i progetti del prof. ing. Zanca per l'ampliamento e la sistemazione dell'edifizio delle Anatomie. In tale occasione si è rilevato che la sistemazione degli altri edifizi universitari è ancora quasi allo stato di progetto, mentre in altre città è un fatto compiuto: eppure l'Università di Palermo è una delle primissime d'Italia.

All'Università di Perugia.

Nello scorso luglio vennero conferite, con speciale solennità, le prime lauree dalla Facoltà medica recentemente completata.

Scuola di odontoiatria e protesi dentale presso la R. Università di Bologna.

Sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

Nuovo ospedale.

Il 13 corr. venne inaugurato a Gozzano (Novara) un ospedale dedicato alla memoria dei caduti in guerra, presenti il duca di Pistoia, molte autorità, rappresentanze di associazioni e numerosa folla plaudente. Pronunziarono discorsi gli on. Pestalozza, Gray e Bellori. Un imponente corteo si diresse al Parco della Rimembranza per rendere omaggio ai caduti.

All'Ospizio Marino di Ostia.

In memoria di Bianchina Carlieri, piccola martire vittima della più atroce brutalità umana, il giornale « Il Messaggero » aveva aperta una sottoscrizione. La somma raccolta è stata devoluta all'Ospizio Marino di Ostia per mantenere due letti a lei intestati. Il 13 corr. venne inaugurata, nell'Ospizio stesso, una lapide commemorativa, presente il R. Commissario di Roma, sen. Cremonesi. Parlarono il prof. Vittorio Ascoli, presidente del Comitato Romano contro la Tubercolosi, il sen. Cremonesi, il giornalista Giovanni Diotallevi per il « Messaggero ».

Elargizioni e lasciti.

La signora Sofia Androni, morta a Piacenza, ha lasciato oltre 200,000 lire ad istituzioni filantropiche della città.

Sono stati disposti i seguenti legati a favore dell'Ospedale Maggiore di Milano: L. 200,000 dall'avv. Cesare Branca, morto a Milano; L. 50,000 dalla sig.ra Angelina Rossi vedova Boschi, morta a Triuggio.

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

La presidenza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha messo a disposizione del Comitato per l'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra la somma di L. 5000. Il presidente del

Comitato, gen. med. F. Della Valle, ha ringraziato per la cospicua elargizione, la quale « conferma come la Federazione senta altamente il dovere di assistere i figli dei nostri eroici colleghi morti nel compimento della loro santa missione ».

Il prof. Sambon a Milano.

Il prof. Western Sambon, dell'Università di Londra, accompagnato da un gruppo di medici inglesi, è stato ricevuto al Palazzo comunale di Milano, ove ha tenuto una conferenza sulla trasmissione del cancro.

Il Sambon è ben noto per avere preannunziato la trasmissione della malattia del sonno mediante le glossine, del tifo esantematico mediante i pidocchi, della malaria mediante le zanzare; egli ha precorso anche la scoperta di Fibger sul còmpito dei blattidi nella trasmissione del cancro. Meno fortunate furono le sue concezioni sulla trasmissione della pellagra.

Ora il Sambon sostiene che nella trasmissione del cancro hanno molta parte vari insetti domestici: blattidi (scarafaggi delle cucine), larve di tenebrionidi (vermi delle farine) ecc.

Il Sambon è italiano.

Il prof. Banti commemorato a Buenos Aires.

Sotto gli auspicî della Sezione di Buenos Aires della Società Dante Alighieri, il prof. Araoz Alfaro, direttore generale della Sanità pubblica dell'Argentina, ha letto una magnifica commemorazione del compianto prof. Guido Banti, illustrandone i contributi scientifici e le caratteristiche fondamentali del pensiero.

Per il prof. Ortner.

Si è festeggiato il 60° compleanno del prof. Nobert Ortner, clinico medico di Vienna, insigne cardiologo, autore della « Sintomatologia clinica delle malattie interne » e del diffusissimo « Trattato di terapia »; è uno dei più reputati consulenti dell'Austria.

Commemorazione di Filippo Lussana.

È stato commemorato a Bergamo l'insigne fisiologo, nato nel 1820 a Cenale e morto nel 1897. Alla cerimonia, che fu completata con l'inaugurazione di una via al nome di Lussana, parlarono tra gli altri il prof. Gallerani, rettore dell'Università di Camerino, e il prof. Lucatello, rettore dell'Università di Padova, ove il commemorato insegnò per un ventennio.

Onoranze al prof. Alberico Testi.

Al prof. Alberico Testi, nominato cittadino onorario di Cotignola (Ravenna), è stata consegnata una artistica pergamena, presenti le autorità e molto pubblico; nell'occasione è stata anche inaugurata la nuova camera operatoria dell'Ospedale Testi. Numerosi i discorsi; rispose il Testi ringraziando e annunziando di aver fatto dono, all'Ospedale, della somma di L. 50,000.

Viaggio di medici stranieri in Italia.

L'annunziato viaggio di medici stranieri in Italia, organizzato dall'*Enit*, si è compiuto in questi giorni, diretto dal prof. G. Ruata; i medici che vi hanno partecipato ascendono a 160. Ne daremo ulteriori notizie.

Insegnanti stranieri in Argentina.

Abbiamo già dato notizia delle conferenze tenute in Argentina dai proff. G. Fichera e P. Duval (fasc. 36, p. 1229 e 1236). Altre conferenze hanno avuto luogo da parte dei proff. G. Bertraud di Parigi, sulla biochimica, e P. del Rio Hortega di Madrid, sulla citopatologia del sistema nervoso. Sono stati invitati ricentemente i proff. G. Bickel di Berlino e L. Lapicque di Parigi.

Per la lotta sociale contro il cancro.

Un pregevole lavoro è stato pubblicato da F. Fietti a Firenze (La Poligrafica, 1925), con prefazione di A. Lustig. Dà notizia degli istituti scientifici, degli istituti e reparti ospedalieri, diagnostici e curativi e della loro organizzazione, dei periodici specializzati, della propaganda, ecc.; compie opera utilissima di incitamento e di ammaestramento.

Propaganda contro il cancro.

La Lega italiana per la lotta contro il cancro informa che i sanitari i quali desiderino di riceverne gratuitamente le più recenti pubblicazioni, possono farne richiesta, comunicando il loro indirizzo, al sig. Guido Pilastrini, economo dell'Opera Nazionale Invalidi di Guerra - Roma (13), via Alberico II 4-B.

Centri antimorbillosi in Francia.

Il Consiglio municipale di Parigi ha stabilito di organizzare due centri destinati alla preparazione di siero antimorbilloso, l'uno nell'ospedale Claude Bernard, l'altro nell'ospedale « des Enfants malades ». A capo di ognuno di tali centri vi sarà un capo-servizio ospedaliero, alla cui dipendenza verrà nominato un dirigente il gabinetto di batteriologia.

La lotta contro i rumori.

Il R. Commissario di Roma sen. Cremonesi ha ricevuto il comm. prof. Pietro Gallenga, presidente dell'Ordine dei Medici, e il comm. prof. Vittorio Zevi, consigliere dell'Ordine stesso, i quali gli hanno presentato l'ordine del giorno votato su proposta del prof. Zevi in data 8 gennaio corrente anno, dal Consiglio dell'Ordine per domandare che il Governo Nazionale e l'Amministrazione locale,

resesi conto del danno igienico sociale che incombe al paese, prodotto dai rumori eccessivi, in specie del traffico, emanino al più presto norme tecniche ed amministrative, adatte a prevenire e riparare a tale grave stato di cose.

Il R. Commissario ha dichiarato di avere posta tutta la sua attenzione all'importante argomento che ha interessato così appassionatamente la stampa cittadina in questi giorni, ed ha annunziato che sono in corso di pubblicazione nuove norme regolamentari per combattere nei limiti del possibile gli inconvenienti così giustamente prospettati dal Consiglio dell'Ordine dei Medici. Ha soggiunto di averne intrattenuto a lungo il presidente del Consiglio il quale gli ha assicurato tutto l'appoggio del Governo per la completa vittoria di questa nuova battaglia per il miglioramento della vita cittadina.

Il prof. Gallenga ha ringraziato sentitamente a nome dell'Ordine il R. Commissario per le sue importanti dichiarazioni.

Certificato medico prematrimoniale negli Stati Uniti.

Nello stato di Luisiana è stata prescritta la visita medica prematrimoniale, per i soli uomini; non dev'essere anteriore di 15 giorni al matrimonio; è comminata la pena del carcere agli ufficiali di stato civile che non richiedono l'esibizione del certificato medico all'atto del matrimonio.

Cartelli-réclame della Croce Rossa.

La Lega delle Società della Croce Rossa, con sede a Parigi, aveva bandito un concorso per cartelli-*réclame* da servire a scopo di propaganda in tempo di pace. I lavori presentati sono stati 333, provenienti da 30 paesi. Il premio unico è stato assegnato al sig. Barciuski; premi sono stati conferiti anche a dieci altri cartelli, di artisti austriaci, belgi, francesi, italiani, norvegesi, svedesi, svizzeri.

BERNARD NAUNYN.

Si è spento a 86 anni. Questa età inoltrata significa che da tempo egli aveva lasciato l'insegnamento e rinunziato alla vita attiva. Perciò il Naunyn può sembrare oggi, a molti, un sorpassato; tanto più che le nostre nuove generazioni tendono a disconoscere e a dimenticare il compito ed i meriti dei predecessori, anche se sommi.

Naunyn appartenne, appunto, alla esigua categoria dei sommi. Egli ha caratterizzato tutta un'epoca della medicina: può essere considerato come il vero fondatore della moderna internistica.

Dobbiamo, infatti, al Naunyn alcune concezioni che hanno impresso tutto un nuovo indirizzo alla medicina. Fu lui a introdurre l'esperimento in clinica, la quale fino a una sessantina d'anni addietro si limitava alla semplice osservazione dei fatti. Fu lui a portare in clinica il pensiero fisiologico, mentre prima essa era dominata dall'anatomia patologica che, auspice Morgagni, venne considerata a lungo come la sola base della medicina. Naunyn non disconobbe l'importanza delle lesioni autoptiche; ma comprese che esse erano solo uno stadio terminale e che conveniva sorprenderne l'evoluzione e indagare le alterazioni funzionali di cui esse erano espressione.

Un paradigma delle concezioni del Naunyn ci è dato dai suoi classici studî sul diabete, iniziati nel 1874: è nell'ambito del suo pensiero fisiopatologico che Minkowski scoprì il compito del pancreas (quasi contemporaneamente questa scoperta veniva fatta dall'italiano Dominici); è seguendo i suoi insegnamenti che Stadelmann, Weintraud, Magnus-Levy, Umber, Bär ed altri suoi collaboratori e allievi riconobbero l'acidosi diabetica e ne accertarono il compito nella genesi del coma; è Naunyn in persona che elaborò la nozione di tolleranza ai saccaridi e, in tal modo, stabilì la cura del diabete su basi che restano tutt'ora salde.

Un altro esempio dei suoi metodi di studio ci è fornito dalle affezioni del fegato e delle vie epatiche: genesi degli itteri, produzione dei calcoli biliari, funzioni del fegato, ecc., studi condotti in collaborazione con Minkowski.

In tutti i campi della medicina interna Naunyn ha lasciato orme profonde, instaurando o valorizzando gli studi fisiopatologici e scoprendo così nuove vie. Ma egli procedeva con cautela e avvedutezza, guardandosi dalle conclusioni precipitate e, sovratutto, dal trasportare in clinica i risultati bruti dell'esperimento.

Una delle note fondamentali della sua attività è l'aver ricondotto la terapia al posto che oggi le viene riconosciuto, mentre un tempo era prevalso il triste vezzo di sdegnarla o lasciarla nell'ombra. Egli si abituò a considerarla come lo scopo supremo della medicina; ad esempio, vantava come una delle sue cose migliori di aver introdotto la lavanda gastrica per la cura della gastroectasia e di avere, in tal modo, alleviato gravi sofferenze.

L'*Archiv f. experim. Pathol. u. Pharmacol.*, da lui fondato, risponde a questa sua concezione: egli intendeva che dalla patologia non fosse disgiunta la farmacologia, cioè lo studio scientifico dei rimedî, per lo meno come finalità che va tenuta presente.

Naunyn dette il primo esempio di organizzazione moderna di una clinica medica: le due cliniche di Königsberg e di Strasburgo, nelle quali egli ha insegnato, restano ancora oggi dei modelli e destano in noi la più viva ammirazione.

Egli considerava l'insegnamento come il primo dovere del clinico: e il suo insegnamento era di una chiarezza cristallina, avvivato di fede e di passione.

La sua *forma mentis* lo teneva lontano dagli intrighi; era franco, senza essere scortese; rude, ma di cuore.

Fu un lavoratore instancabile; per lui « il lavoro è la religione dell'uomo ». La sua produzione stampata, che la moglie ha raccolto nel 1909, è

già copiosissima; ma non rappresenta che una parte esigua della sua multiforme attività. L'anno scorso egli ha pubblicato i ricordi della sua vita, da cui emergono queste sue caratteristiche.

Patriota fervente, volle prestare servizio durante l'ultima guerra, malgrado l'età inoltrata.

Vada il nostro mesto saluto alla memoria di Bernardo Naunyn, di cui i medici moderni devono considerarsi tutti come figli spirituali.

È morto a 57 anni, il 19 agosto, dopo lunga e straziante malattia, il prof. RICHARD CASSIRER, noto neurologo; egli ha recato contributi importanti alle nostre conoscenze sulla degenerazione del nucleo lenticolare, sull'idiozia familiare, sulla poliomielite anteriore acuta, sull'encefalite letargica e, specialmente, sulle neurosi vasomotorie e trofiche, intorno alle quali ha scritto una apprezzata monografia e parecchie memorie.

Il prof. O. DE LA CAMP, direttore della Clinica Medica di Friburgo, è morto in età di 54 anni. Era stato allievo di C. Gerhardt e di F. Kraus. Fu dei primi ad applicare la radio-diagnosi alle malattie endo-toraciche; in questi ultimi tempi si era consacrato in specie alla radioterapia della tubercolosi.

Ad appena 44 anni, nel momento di subentrare al suo maestro prof. Urban in Amburgo, veniva ucciso da una sepsi chirurgica contratta nell'eseguire un'operazione, il dott. FERNAND HENRICH, valentissimo operatore, capo delle sezioni chirurgiche nell'Ospedale del Cuore di Gesù e negli Ospizî Riuniti di Trier.

Si è spento il prof. KUKULA, ordinario di clinica chirurgica all'Università Carlo di Praga.

Il dott. comm. VINCENZO VIRDONE, direttore dell'Ospedale italiano di Brooklyn e chirurgo primario dell'Istituzione Wiskoff, si è ucciso precipitandosi in mare dal « Conte Verde » durante il viaggio che lo riportava in patria, ove intendeva di farsi visitare per gravi disturbi nervosi. Era una delle più spiccate personalità della nostra colonia nella metropoli nord-americana. Contava 50 anni.

Si è spento a S. Teresa di Riva il dott. GIOVANNI CAMINITI VINCI, chirurgo valoroso, cittadino preclare, professionista probo e benefico.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

ANNO XXXII Roma, 5 Ottobre 1925 Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. G. FERRERI.

Vecchi e nuovi metodi di terapia nelle suppurazioni croniche dell'orecchio.

Dott. GUIDO GUIDA.

Molti medici dei secoli passati ritenevano che la secrezione purulenta proveniente dalle affezioni auriculari fosse uno spurgo salutare, poichè dava luogo alla fuoriuscita delle sostanze tossiche dell'organismo e quindi gli ammalati venivano abbandonati a loro stessi, senza una cura esatta ed opportuna per la gravità del male.

Dacchè gli studi della medicina nel campo otoiatrico sono notevolmente progrediti si è data grande importanza alle forme suppurative croniche dell'orecchio.

Infatti ormai l'otite media purulenta cronica è considerata una malattia di un certo valore sociale, poichè con maggiore frequenza ne sono colpiti i bambini (specialmente dopo i comuni esantemi) deperiti, linfatici, scrofolosi che vivono in ambienti malsani e poco igienici.

Siccome l'età giovanile è assai debole e poco agguerrita contro tutte le possibili malattie, con facilità il processo auriculare diventa cronico e determina spesso sordità nei piccoli otorroici. In una statistica riportata da Ferreri abbiamo potuto osservare che la maggiore percentuale si riscontra nei bambini da uno a dieci anni (35 %), invece nell'età adulta va sempre più diminuendo fino ad aversi, dai 50 ai 60 anni, una percentuale di 3.8 %.

Inoltre, l'otite purulenta cronica è considerata una malattia pericolosa, poichè l'affezione flogistica trovasi indovata in vicinanza di organi vitali (cervello, seno laterale, labirinto, facciale) che spesso sono colpiti durante il decorso di essa. Difficilmente il processo si sviluppa cronicamente, invece è quasi sempre conseguenza di un'affezione acuta.

In tutte le malattie esantematiche con complicazioni auriculari, molto frequentemente si ha

il passaggio alla forma cronica per le concomitanti alterazioni delle pareti ossee (specie nella scarlattina) e non rare volte le forme croniche sono anche legate a malattie generali debilitanti (tubercolosi, scrofolosi e sifilide) oppure ad affezioni della cavità rino-faringea (adenoidi). Anche le stesse condizioni anatomiche dell'orecchio contribuiscono molto a trasformare il processo da acuto in cronico, poichè non si potrà mai avere un libero scarico e un drenaggio continuo, specialmente quando le perforazioni della membrana sono nei quadranti superiori, e perciò il pus ristagnando lungo tempo, dopo alterata e anche distrutta la mucosa della cassa determina modificazioni tali che raramente si potrà avere una guarigione.

È mia intenzione accennare ai vari trattamenti terapeutici sia medicamentosi, sia chirurgici, limitandomi soltanto ai diversi metodi che fino ad ora sono stati praticati e con i quali si sono ottenuti risultati alquanto soddisfacenti.

Nelle forme suppurative croniche dell'orecchio molti cercano di essere demolitori ed intervengono senza indugio sulla mastoide, altri invece si limitano alla cura chirurgica atttraverso il condotto uditivo e un terzo gruppo di autori si attengono soltanto alla cura medicamentosa.

A parer mio credo che la cura debba variare da persona a persona, da orecchio a orecchio, poichè prima di applicare l'uno o l'altro metodo è necessario vedere lo stato anatomo-patologico e le condizioni in cui si trovano le varie parti ammalate dell'orecchio.

Perciò, senza essere nè demolitori, nè conservatori, bisogna in primo tempo tentare la cura medicamentosa, se si ha invece necrosi degli ossicini per cui poco o nessun giovamento apporti la cura medica, si cercherà di fare l'ossiculectomia, se infine si avrà infiltrazione delle cellule mastoidee, e il processo cronico minaccia di estendersi, ci sarà l'indicazione e l'autorizzazione per intervenire con l'antromastoidotomia.

La cura medica nelle suppurazioni croniche dell'orecchio è adoperata su larga scala da tutti gli otoiatri, ma si differenzia a secondo le diverse scuole, sia per la scelta del medicinale e sia anche per il modo come viene adoperata.

Lo scopo della cura medica dovrebbe essere quello di fare arrivare le medicine nei recessi più nascosti, per eliminare l'azione dei patogeni esistenti, modificare le varie alterazioni da esse apportate, e nello stesso tempo eccitare i vari tessuti a poter reagire all'avanzarsi del male.

Non rare volte invece con queste medicine non si riesce a nulla, poichè non solo le gocce non arrivano a raggiungere il focolaio morboso, essendo le perforazioni della membrana assai piccole, ma anche arrivandovi, non possono esercitare la loro completa ed energica azione per il ristagno del pus che ricopre le pareti.

Però, non si può nascondere, che spesso si possono avere anche dei buoni risultati soltanto con la cura medica, ma ciò senza dubbio dipenderà da diversi fattori che contribuiranno alla guarigione, come dal tempo in cui il processo cronico dura, dalle varie alterazioni formatesi, dalla estensione del processo suppurativo e dalla virulenza dei patogeni.

*
* *

Cominciamo a passare in rivista i vari metodi che si adoperano nella scuola di Roma. La terapia preferita in questa scuola è la « terapia a secco » da parecchi anni seguita con successo e senza aver mai dato luogo ad inconvenienti (lesioni traumatiche) prodotte dalla introduzione continua del portastuello, come alcuni vogliono sostenere.

Lo scopo della terapia asciutta è quello di pulire la cassa del pus ristagnante, e quindi di allontanare buona parte dei patogeni che sono la causa delle varie alterazioni.

Parecchi sono gli otoiatri che si dimostrano entusiasti della terapia asciutta fra i quali è necessario ricordare Körner, Jansen, Hang, Hessler ed altri ancora.

Fra i metodi di terapia asciutta credo opportuno ricordare per primo la *cura caustica* adoperata per lungo tempo nella clinica di Roma, poi abbandonata ed ora ripresa. Spetta al Ferreri il merito di avere adoperata per primo la cura caustica nelle forme suppurative croniche dell'orecchio, erroneamente da parecchi otoiatri attribuita allo Schwartz.

Questo metodo terapeutico ha il suo valore poichè le sostanze caustiche istillate nell'orecchio, hanno lo scopo o di riacutizzare il processo e quindi di poter curare come se si trattasse di una forma acuta, oppure di spegnerlo, uccidendo i vari patogeni e causticando tutte le zone alterate. Non si può nascondere che è un metodo abbastanza pericoloso poichè la sostanza caustica può fare riattivare il processo e quindi può produrre complicanze che prima non esistevano e anche perchè il medicinale istillato può arrivare in gola attraverso la tromba.

Ferreri consiglia di adoperare la soluzione di nitrato di argento al 5 %, però facendo disporre il paziente in una data posizione, in modo che il liquido possa entrare sia nella cassa e nelle cel-

lule periantrali; poi ha cura di fare rialzare la testa in modo che il liquido caustico non passi in gola attraverso la tuba. Inoltre per neutralizzare l'effetto del nitrato di argento istilla delle soluzioni di cloruro di sodio pure al 5 %.

Un coefficiente importantissimo per la guarigione rapida è dato dalla scelta dei casi che possono avvantaggiarsene; infatti questa cura ha dato dei brillanti risultati specialmente nelle forme granulo-fungose.

Un altro metodo consigliato e adoperato comunemente è quello della soluzione alcoolica di acido salicilico o solfato di zinco all'1 %, liquido antisettico e astringente, il quale ha il vantaggio su quello della cura caustica, di poter essere adoperato, mediante istillazioni, dal malato stesso previa accurata pulizia del condotto. Anche questo metodo ha dato degli ottimi risultati.

Io e Turano partendo dal concetto di trovare un rimedio ideale che avrebbe dovuto aver la virtù di uccidere i vari patogeni ed eccitare i tessuti ammalati più nascosti a reagire contro l'avanzarsi del male, abbiamo eseguita la ionoterapia protargolica (cioè il passaggio nei tessuti dei sali metallici argentici attraverso la corrente elettrica) seguita dalle radiazioni secondarie.

Abbiamo avuto dei risultati brillanti: questo è facile pensarlo poichè gli ioni argentici che arrivavano nell'intimità dei tessuti avevano un'azione prevalentemente sterilizzante del terreno settico, azione che aumentava appena i raggi X colpivano gli ioni sviluppando radiazioni secondarie. Abbiamo avuto casi di guarigioni anche con una sola seduta.

Non si può disconoscere che con tale metodo l'azione del medicinale arriva ugualmente e si può diffondere su tutti i tessuti ammalati anche nei più remoti dove la medicina a gocce, non sarebbe per nulla arrivata; infatti ad avvalorare tale ipotesi abbiamo visto che nei casi in cui la secrezione tendeva a scomparire, il risentimento dolorifico sulla mastoide diminuiva progressivamente fino alla completa scomparsa. Ciò noi l'abbiamo attribuito al fatto che le applicazioni di iono-terapia e di raggi X arrivando fino nei tessuti più nascosti servono a decongestionare ed arginare la diffusione del processo eccitando inoltre i tessuti sani a reagire.

Campo, partendo dal concetto di Besredka che i tessuti acquistano una certa immunità locale contro determinate infezioni prodotte da alcuni germi, ha voluto esperimentare questo concetto e a tal uopo ha preparato i filtrati delle secrezioni auriculari che istillava nella cassa; ma non sempre ha avuto buoni risultati. Questi sono i vari metodi terapeutici adoperati con risultati soddisfacenti nella clinica di Roma.

Altri autori come Lermojez, Boulaj, Citelli, Politzer e Babinski invece dimostrandosi contrari alla terapia asciuttta, consigliano le iniezioni antisettiche attraverso il condotto uditivo (terapia umida): anche Caliceti ha adoperato i lavaggi con acido borico al 3 % in soluzione fisiologica sterile e dopo parecchi esperimenti fatti ha concluso che con la cura a secco, difficilmente si riesce a pulire completamente la cassa e il condotto del pus ristagnante, aggiungendo che l'introduzione continua del porta-stuelli porterà l'irritazione della membrana.

Parecchi però sono gli otoiatri che combattono i lavaggi per paura di possibili propagazioni del processo flogistico verso l'interno (Ferreri); invece Caliceti assicura di non aver mai avute infezioni secondarie e consiglia la cura a secco soltanto quando si hanno larghe perforazioni della membrana con scarse secrezioni: però ritengo che i lavaggi vengono a produrre dei traumi sulla membrana, superiori a quelli che può dare l'introduzione di un portastuelli, non escludendo anche la possibilità di propagazione dei patogeni verso l'interno.

Un altro trattamento medicamentoso di una certa importanza sostenuta da Geronzi, Sune y Molist, Nathan G. Word e Vacher è quello fatto con la formalina e tutti hanno riferito di aver ottenuto risultati meravigliosi.

Infatti Vacher ha avuto guarigioni rapide in 15 giorni, facendo nel condotto istillazioni con formalina in soluzione al 5 %, al contrario Molist ha creduto di adoperarla in soluzioni deboli al 2 ‰ e alle volte usando anche i vapori di formalina.

Melzi ha trattato le forme croniche dell'orecchio col metodo alla « Libely » cioè mediante polverizzazioni d'acetanilide dentro la cassa; inoltre Dionisio su 48 pazienti ha ottenuto 44 guarigioni mediante le applicazioni di radioterapia e fototerapia, facendo presente che parecchi dei guariti presentavano forme suppurative che avevano resistito anche alla cura chirurgica endoauricolare.

Non capisco però come mai l'azione fototerapica possa aver agito su alterazioni ossee che duravano da tempo; credo opportuno far presente inoltre che la sola radioterapia in diversi esperimenti eseguiti da me e da Turano su pazienti con affezioni suppurative auriculari croniche semplici senza alterazioni ossee, non ha dato nessun risultato, tranne che una leggerissima dimi-

nuzione della secrezione soltanto nei primi giorni.

Ferreri partendo dal concetto che l'ossigeno diminuisce la vitalità dei patogeni, ha sostenuto di aver trovato efficacissima la corrente di ossigeno introdotta per la tromba soltanto nei casi in cui non vi erano alterazioni ossee.

Non sono state neppure trascurate per l'azione assai efficace le sostanze coloranti: infatti Tomassi poichè il violetto di Parigi, o pioctanina ha la proprietà di essere battericida e antisettico e di penetrare in tutti i tessuti senza apportare alcuna alterazione, ha adoperato la soluzione alcoolica al 20-25 % con buoni risultati istillandola a gocce dopo aver pulito bene il condotto. Anche Gaudier ha adoperato il bleu di metilene in soluzione all'1/500 ottenendo rapide guarigioni in tre o quattro settimane. Io attribuisco però queste guarigioni soltanto all'accurata pulizia e all'azione antisettica dell'alcool poichè si è visto alle volte che il solo alcool ha potuto guarire affezioni auriculari croniche.

Alla cura asciutta bisogna aggiungere le insufflazioni di medicine in polvere; come il calomelano e l'acido borico eseguite con vantaggi insuperabili da Bezold, ma ormai questo metodo in terapia è quasi abbandonato da tutti. Anche i vaccini sono stati usati specialmente da Yacobs, però con scarsissimi risultati.

Passati in rivista buona parte dei metodi medicamentosi conosciuti e adoperati comunemente in pratica non posso fare a meno di dire che tutti i metodi sono buoni, poichè si prefiggono tutti lo stesso scopo cioè di uccidere i germi e modificare le alterazioni da essi prodotte, mediante la loro azione antisettica e battericida, però credo che condizione necessaria per la guarigione sia data dalla accurata esatta ed assidua pulizia del pus ristagnante, che dovrebbe essere eseguita diverse volte al giorno da persona pratica.

Senza dubbio in tal modo la percentuale delle guarigioni nelle forme suppurative croniche dell'orecchio aumenterebbe di molto, poichè accade quasi sempre che gli ammalati non potendo con facilità eseguire da soli tutte le pratiche necessarie, si annoiano ed abbandonano la cura poco tempo dopo d'averla cominciata.

Un altro coefficiente importantissimo per la guarigione con la cura medica è dato senza dubbio dal grado di resistenza che offre l'individuo alla cronicità del processo, e poi anche dallo stato di virulenza dei patogeni, la quale varia a secondo delle specie di questi e dalla loro associazione (simbiosi).

*
* *

Passate in rivista molto sommariamente le cure medicamentose adoperate debbo dire qualche cosa sul trattamento chirurgico endo-auricolare.

Lo scopo principale della chirurgia endo-auriculare è quello di fare un facile drenaggio e nello stesso tempo di poter allontanare i vari focolai cariosi che non permetterebbero la guarigione e che potrebbero molto facilmente far propagare il processo infettivo ai vari ed importanti organi vicini.

Non si può assolutamente disconoscere la necessità alle volte di togliere le ossicina per la definitiva guarigione: De Rossi con la sola ossiculectomia ha ottenuto buoni risultati: anche Botey ritiene che l'ossiculectomia ben fatta possa dare rapide guarigioni; infatti Grunert ebbe il 55 % di guariti, il Reinard il 50 % e Ludwig su 32 ammalati venti guariti.

Come si vede da queste statistiche la chirurgia endo-auriculare potrà dare buoni risultati, però soltanto quando il processo carioso è limitato agli ossicini, poichè se si ha diffusione all'epitimpano raramente si otterrà guarigione dalla sola ossiculectomia.

Le perforazioni della membrana di Sckrapnell nel 60-70 % dei casi producono focolai di carie estesi all'attico e raramente si avrà giovamento specialmente in questi casi, soltanto con l'estrazione degli ossicini, però prima di intervenire con l'antromastoidotomia è sempre conveniente adoperare l'ossiculectomia (Ferreri).

Anche Giorgio Ferreri è del parere di eseguire l'ossiculectomia allorquando le lesioni siano limitate agli ossicini e sovratutto nei casi in cui non sia stato possibile guarire il processo carioso con la terapia asciutta. Egli si manifesta favorevole all'intervento endoauricolare « nelle forme di osteomieliti croniche da semplici piogeni ed in quelle tubercolari in particolari condizioni di notevole resistenza organica », sperando poco però sull'esito felice di queste ultime forme. Inoltre parlando delle difficoltà di una possibile guarigione dopo l'ossiculectomia lo stesso autore dice: « Anche da questo lato gli ossicini dell'orecchio « differiscono dalle altre ossa dell'organismo, poi- « chè in queste ultime, una volta operato il foco- « laio suppurativo si può esser certi dell'esito « favorevole, salvo nuove complicazioni, mentre « che negli ossicini purtroppo la guarigione è « assai spesso compromessa dalla permanente « comunicazione con il rinofaringe attraverso la « tuba ».

È esatto quello che dice Giorgio Ferreri poi-

chè non rare volte si dà l'occasione di vedere dopo l'ossiculectomia guarigione perfetta dell'ammalato e dopo alcuni mesi presenza di nuove poussées suppurative. Il paziente ritorna nuovamente a noi con secrezione abbondantissima dall'orecchio operato e già cicatrizzato.

Questo fatto senza dubbio è da mettere in diretto rapporto con l'apertura della tuba nella faringe, da dove provengono nuovi germi che trovano nella cassa timpanica un campo fertilissimo di attecchimento. La mucosa timpanica trovasi infatti in condizione di minorata vitalità sì da non poter opporsi ai nuovi germi arrivati.

A tal uopo, Gherardo Ferreri, partendo dal concetto suesposto, per escludere queste possibilità di propagazione di infezioni da parte della faringe ha consigliato sempre di chiudere l'ostio tubarico timpanico e così suggerisce di penetrare con un'ansa di platino arroventata per chiudere la via di comunicazione.

Arslan è d'accordo col Ferreri nel fare sempre e in tutti i casi l'asportazione degli ossicini prima di fare lo svuotamento temporo-mastoideo, poichè ritiene che certe volte il quadro clinico aggravato dalla febbre possa dipendere da qualche fatto locale dell'attico.

Altri autori al contrario ritengono che a nulla vale la chirurgia endo-auriculare e vi si mostrano contrari. Infatti Ken Lowe e Dench dicono che per ottenere la guarigione con la estrazione degli ossicini occorre un tempo maggiore che per la radicale senza avere, non rare volte, risultati soddisfacenti e inoltre aggiungono che in tutti quei casi in cui si è avuta guarigione con la ossiculectomia soltanto, si poteva benissimo ottenere lo stesso senza alcuno intervento chirurgico ma solo con un opportuno trattamento terapeutico medicamentoso. Anche Schreibe e Gompers, con idea abbastanza azzardata, sostengono che non hanno mai visto nessuna guarigione con la sola ossiculectomia, ritenendo ancora che l'estrazione dell'ossicina non impedirà per nulla l'avanzarsi del male attraverso la mastoide.

Infine altri autori si mostrano contrari ad intervenire sugli ossicini, per il fatto che l'udito dell'individuo viene a peggiorare enormemente.

Veramente questa idea è da discutere poichè sia per le alterazioni locali a carico dell'incudine e del martello (processi cariosi), sia anche per quelle a carico delle varie articolazioni che il prolungato ristagno di pus avrà arrecato, le ossicina avranno senza dubbio perduto completamente o quasi del tutto la loro funzione dal punto di vista fisiologico, e quindi la loro asportazione non potrà arrecare alcun peggioramento della facoltà uditiva come alcuni vogliono asserire.

Sono d'avviso quindi d'intervenire sempre sull'ossicina prima di fare l'antromastoidotomia, poichè in tal modo si vengono ad allontanare i focolai di carie delle ossicina stesse che sono i punti di partenza dell'avanzarsi del male, si mette allo scoperto la regione dell'attico, in modo da fare arrivare le medicine nei punti più nascosti, e da rendere più favorevoli le condizioni del drenaggio senza che si abbia a temere alcun peggioramento nella facoltà uditiva. Anche Ferreri consiglia spesse volte l'ossiculectomia prima di adoperare la cura caustica.

È opportuno perciò eseguire questo piccolo intervento per tentare l'ultima via di salvezza prima di fare la trapanazione della mastoide, operazione di una certa importanza, di responsabilità e di lunga durata.

*
* *

Non è per nulla mia intenzione interessarmi dei metodi di chirurgia mastoidea descritti in qualunque trattato di otoiatria, ma poichè questo atto operativo fa parte integrante della terapia finale nelle forme suppurative croniche dell'orecchio medio, credo giusto dire soltanto che quando le pareti ossee sono soggette a carie, e l'estrazione degli ossicini e le varie terapie medicamentose astringenti e antisettiche non hanno apportato giovamento ci sarà l'indicazione di intervenire ampiamente aprendo tutte le concamerazioni mastoidee, mettendo in comunicazione l'antro con la cassa con l'abbattimento della parete posteriore del condotto e secondo il metodo ormai tanto conosciuto di Stach, per tentare la terapia decisiva delle varie alterazioni formatesi.

Ho ritenuto abbastanza utile passare in rivista molto sommariamente la terapia medicamentosa e chirurgica endoauriculare poichè dal punto di vista pratico si possano avere quei precisi indirizzi e quegli opportuni suggerimenti sui metodi di cura consigliati ed adottati dai vari otoiatri, sperando così che i medici generici possano trarne profitto, per l'applicazione pratica sugli otopazienti.

BIBLIOGRAFIA.

ARSLAN-PARENTI. *Il valore dell'asportazione degli ossicini nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio e le loro complicanze.* (Casistica di 140 operati). Arch. Ital. di Otologia, ecc. Volume XXIV, 1913, pag. 187.

BOTEY. *Trattamento conservativo dell'audizione nelle otorree croniche.* III Congr. Spagnolo di Otologia, Siviglia, 1910.

CALICETI. *Sul valore di lavaggi nella cura delle suppurazioni timpaniche.* Arch. ital. di Otologia, ecc. Vol. XXI, 1917, pag. 294.

DE ROSSI. *Opportunità dell'asportazione degli ossicini nelle otiti medie purulente.* Policl., 1900-1901.

DE CARLI. *Storia e stato attuale delle cure delle otite medie pur. cron. e loro complicanze.* Roma, Tipografia Campidoglio, 1908.

FERRERI GHERARDO. *L'ossigeno a corrente sotto pressione nella cura delle otiti suppurative.* Arch. ital. di Otologia, ecc. Vol. II, 1901.

ID. *Influenza del trattamento caustico nell'eliminazione degli ossicini cariati.* Arch. ital. di Otologia, 1894.

ID *Sull'estrazione del martello e dell'incudine nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio e sugli esiti delle otiti medie purulente.* Arch. Ital. di Otologia, 1897.

ID. *Critica sullo stato della chirurgia intratimpanica nelle suppurazioni croniche e nelle sclerosi dell'orecchio medio.* Annales des maladies de l'oreille, 1899.

ID. *La chiusura meccanica della tromba nella cura caustica delle otiti purulente medie croniche.* Lo Sperimentale, anno XLIV.

ID. *La percezione acustica dopo gli interventi operativi sull'apparecchio di trasmissione del suono.* Arch. Ital. Otologia, 1903.

ID. *Tecnica operativa del vuotamento della cassa timpanica.* Congr. delle Soc. Ital. di laring., otol. e rin., 1908.

ID. *Sulla cura chirurgica delle suppurazioni croniche auriculari.* Annali della Clinica Otoiatrica, 1914.

FERRERI GIORGIO. *Le alterazioni anatomo-patologiche degli ossicini nelle suppurazioni croniche dell'orecchio medio in rapporto alla cura.* Atti clinica otoiatrica di Roma, 1922.

GUIDA G. e TURANO. *Nuovo trattamento curativo delle otiti medie purulente croniche con la ionoforesi e le irradiazioni secondarie.* Atti della Clinica Otoiatrica di Roma, 1925.

GAUDIER. *Il bleu di metilene nelle otiti medie suppurative croniche.* Echo Médical, ottobre 1901.

GERONZI. *Sull'uso della formalina nella cura delle otiti medie purulenti croniche.* Arch. Ital. di Otologia, ecc. Vol. 14, 1902.

GRADENIGO. *Sulla cura razionale dell'otite media acuta.* Rivista di Scienze mediche, Torino, XXI.

KEN LOWE. *Trattamento delle otiti medie suppurative croniche.* Glascow méd. Journal, novembre 1907.

LERMOYEZ e BOULAY. *Thérapeutique des maladies de l'oreille.* Paris, 1901.

MELZI. *Trattamento dell'otite media purulenta cronica dei bambini col processo di* LIBBY. Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, LXIX, numero 6, 1902.

NATHAN G. WORD. American Médical Journal, vol. I, n. 9, 1901.

NITKEN. *Trattamento delle otorree con un processo pneumatico facile ad eseguirsi.* The Lancet, 20 aprile 1911.

SUNE y MOLIST. II Congr. Spagnolo di Otologia. Barcellona, 1899.

TOMMASI. *Il violetto di Parigi nella cura delle otiti medie purulente croniche.* Atti della Soc. Ital. di Laringologia, ottobre 1922.

VACHER. Annales des maladies de l'oreille, etc., n. 1, 1899.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI BRESCELLO.

Taglio cesareo per placenta previa centrale.

Prof. dott. GIOVANNI ZANETTI
Chirurgo direttore e docente.

Nella discussione sulla cura della placenta previa centrale fattasi nel XXII Congresso della Società Italiana di ostetricia e ginecologia (*Policlinico*, Sez. pratica, 1923, n. 23-24), si vede come il taglio cesareo vada acquistando sempre maggiore importanza.

Il Viana (*Policlinico*, Sez. pratica, 1924, n. 24) ha raccolto in un'unica statistica 191 casi di placenta previa trattati col taglio cesareo, nelle varie cliniche italiane. In rapporto al grado di previetà, il 75 % era rappresentato dalla placenta previa centrale, l'intervento fu 116 volte conservatore, la mortalità globale fu dell'11,4 % per le madri e del 23,2 % per i figli. Il detto autore lamenta però come la cura chirurgica della placenta previa non sia ancora diffusa fra noi, in modo da contrastare il campo ai metodi ostetrici.

Se in taluni casi e nella pratica privata sono da preferirsi nella cura della placenta previa centrale gli altri interventi, nell'ambiente ospitaliero e nei casi di anemia estrema per imponenti metrorragie, il taglio cesareo diventa il mezzo terapeutico sovrano. Il caso che sto per esporre serve a portare un contributo alla valorizzazione di tale intervento in simili casi.

Savoia Ida, di a. 42, da Lentigione, gravida al termine, trovavasi da circa 8 giorni ricoverata in ospedale in seguito a forte metrorragia verificatasi il giorno precedente. Al suo ingresso ogni traccia di emorragia era cessata. Donna senza precedenti morbosi generali degni di nota, di robusta costituzione, è alla tredicesima gravidanza, ricorda che nelle precedenti gravidanze più volte il parto si era espletato con applicazioni di forcipe. Il feto era vivente, in situazione e posizione normale, il collo uterino ancora formato, l'orificio interno, permeabile al dito, permetteva di palpare un tessuto pastoso che dava l'impressione della placenta.

Tali le condizioni della donna al suo ingresso in ospedale: si decide di attendere per intervenire che si inizi il periodo dilatante del parto quando, dopo circa 8 giorni di degenza, decorsi in calma completa, improvvisamente nel sonno la donna, nelle prime ore del mattino, è colpita da imponente metrorragia; il personale di servizio chiama immediatamente il dottor Vercellana Filiberto, che dormiva in ospedale, egli trovò la donna in stato di anemia estrema e provvide ai soccorsi del caso, cioè ipodermoclisi ripetute, iniezioni eccitanti, ecc., stimando opportuno di occuparsi subito del solo stato generale gravissimo, mentre provvedeva a chiamare lo scriven-

te. Trovai la donna in condizioni gravissime con polso appena percettibile, frequentissimo, collo scomparso, dilatazione di circa 5 cm., la metrorragia tornava a presentarsi.

Compresi subito che, espletando anche rapidamente il parto per le vie naturali con la rottura della placenta ed il rivolgimento, la inevitabile anche piccola perdita di sangue, sarebbe riuscita fatale alla donna: decisi quindi il taglio cesareo.

Intervento. — Narcosi eterea; laparotomia mediana e sottoombellicale; incisione mediana alta del corpo uterino; rottura delle membrane; estrazione del feto con recisione del funicolo tra due pinze; estrazione della placenta (previa centrale); sutura della incisione uterina alla Sänger; sutura a strati della ferita laparotomica.

Durante l'intervento, durato pochi minuti, si iniziò altra ipodermoclisi e praticò iniezione di estratto di lobo posteriore di ipofisi (pituitrina). Il feto era morto, forse nella notte, durante la metrorragia. La donna, cui nella giornata furono praticate altre ipodermoclisi, rapidamente si rimise; il decorso dell'atto operatorio fu assolutamente normale, sempre apiretico, con guarigione per prima intenzione; tolti i punti di sutura cutanea in ottava giornata, la donna in 12ª lasciò l'ospedale completamente ristabilita. Ciò che ha attratto la nostra attenzione in questo intervento e che ci ha persuasi della sua superiorità specie nei casi di estrema anemia, è stato il modo completamente esangue nel quale si è espletato. L'incisione della parete addominale, e specialmente quella della parete uterina, non hanno dato una goccia di sangue, le superfici di sezione si mostrarono completamente anemiche ed appena vuotato, l'utero cominciò validamente a contrarsi assicurando così, assieme alla sutura, una completa emostasi.

In casi come il presente, cioè di anemia profonda, non credo sia da ricorrere, come consiglia il Santi, alla isterectomia precesarea (rapida isterectomia su utero gravido e sua apertura dopo asportato (*Policlinico*, Sezione Pratica, 1923, pag. 778): ciò prolunga l'atto operativo aumentando lo schock. Come abbiamo veduto, intervenendo per placenta previa centrale, l'incisione uterina cade di necessità lontana dalla inserzione placentale, lo stesso stato di anemia favorisce la contrazione dell'utero contribuendo all'emostasi spontanea il che si può secondare con iniezione di pituitrina durante l'intervento stesso, che si compie con minima perdita di sangue. Solo nel caso in cui ci trovassimo di fronte ad un utero inerte a tali stimoli, il taglio cesareo demolitore si renderebbe necessario.

Gli altri interventi, come la rottura della placenta e consecutivo rivolgimento con estrazione podalica del feto, in caso di anemia profonda, sono da escludersi, potendo anche una lieve ulteriore perdita di sangue, riuscire fatale all'inferma.

Riguardo alla tecnica, la etero-narcosi non è controindicata e la incisione alta mediana dell'utero si rende unica modalità possibile di taglio cesareo. In casi estremi il taglio cesareo anche a domicilio e con mezzi insufficienti, può essere tentato come unico mezzo a salvare l'inferma; sono noti infatti il caso del Mattoli (*Policlinico*, Sezione pratica, 1900), quello del Bussa Lay (*Policlinico*, Sezione pratica, 1923) ed altri ve ne sono di inediti, come quello a mia conoscenza del Radighieri (Boretto). Però è ormai opinione comune la necessità di ospitalizzare al più presto i casi di placenta previa centrale, per potere intervenire con tutti quei moderni sussidi, che danno quasi garanzia di successo. Ho voluto esporre tale caso nel *Policlinico* per l'indirizzo eminentemente pratico di questo giornale, sicuro di fare cosa utile, specie ai giovani colleghi, dato che la metrorragia da placenta previa centrale è una delle più gravi evenienze, che si possano incontrare nella pratica ostetrica giornaliera.

OSPEDALE CIVICO MANDAMENTALE - VALENTANO.

Abnorme stato di contrazione dell'utero gravido simulante un mioma.

Dott. PIETRINO CASTAGNA, chirurgo-direttore.

Mi è occorso un caso che credo abbia un certo interesse pratico e clinico, anche per l'errore di diagnosi che fu commesso:

Il 18 novembre u. s. si è presentata all'ambulatorio di questo Ospedale, inviata dal suo medico curante, tale A. B. di anni 42, contadina.

Riferisco brevemente la sua storia clinica.

Mestruò a 14 anni ed i flussi mestruali si seguirono quasi costantemente regolari fino alla prima gravidanza. Primo parto molto laborioso, tanto che fu praticata una applicazione di forcipe ed il feto nacque asfittico. Dopo un aborto ebbe altre quattro gravidanze con feti vivi e sani. Attualmente è in nono mese di gestazione. Riferisce che da vari mesi soffre di violenti dolori diffusi a tutto l'addome che si verificano all'improvviso, per scomparire dopo qualche minuto.

Esame obiettivo: donna di costituzione scheletrica molto debole, di statura piuttosto bassa. Masse muscolari scarse ed ipotoniche. Assenza di glandole nelle regioni latero-cervicali e retrocervicali, ed in quelle inguino-crurali ed epitrocleari. Apparati respiratorio e circolatorio normali.

L'addome, all'ispezione, si presenta molto ingrandito, specie nel suo diametro antero-posteriore. La cute ha parecchie smagliature vecchie e recenti ed un lieve marezzamento venoso sottocutaneo. La cicatrice ombelicale è spianata. La palpazione fa percepire un ventre tumido, indolente, con utero gravido che arriva 4 dita sopra l'ombelico, a destra del quale si palpa una specie di tumore, che staccandosi nettamente dal-

l'utero giunge fino sotto l'arcata costale. La p. alla palpazione di questa massa compatta, non avverte alcun dolore. La percussione mette in evidenza una notevole ottusità.

Non sono di accordo col collega che ha fatto diagnosi di mioma in gravidanza e che me la inviò per la cura e l'intervento del caso. Contrastava, infatti, la diagnosi del Collega: 1) il decorso affatto normale della ultima gravidanza e dell'ultimo parto; 2) il periodo, breve, trascorso dalla gravidanza precedente alla attuale (appena due anni); 3) il volume stesso dell'addome; 4) il fatto che nè la levatrice nè la p. mai hanno notato alcun segno di tumore nel periodo che va dall'ultimo parto all'inizio della gravidanza attuale. Trattengo, pertanto, la donna in osservazione.

In altri due esami successivi, eseguiti a breve lasso di tempo l'uno dall'altro, il « tumore » si avvertiva sempre nella identica posizione. Un quarto esame faceva sentire il « tumore » lievemente spostato all'indietro dell'utero.

Le condizioni generali si mantenevano sempre buone.

Improvvisamente si iniziò il travaglio sette od otto giorni prima della data presunta. Preparata la donna convenientemente, per il parto imminente, e tenendola in continua osservazione, si ebbe la sorpresa di notare come il « tumore » si spostava ancora di più all'indietro dell'utero. All'esame vaginale si avvertiva il collo dilatato per 5-6 cm. e la testa fortemente impegnata. Dopo alcune contrazioni si ruppe il sacco delle acque e, completatasi la dilatazione della bocca uterina, la testa non tardò a discendere nello scavo. Il parto si espletò in modo affatto normale, insperato, in poco più di due ore dall'inizio del travaglio. La perdita di sangue fu minima.

Attorno all'utero contratto non avvertimmo più la esistenza del « tumore ». Venne esaminato attentamente l'utero attraverso le pareti fortemente rilassate, lo si palpò nella sua superficie uniforme, liscia. Del « tumore » nessuna traccia.

Il puerperio si svolse regolarmente.

Nel mio caso, per quanto dianzi ho detto, penso che non si possa parlare di mioma scomparso durante la gravidanza; sibbene io credo che un abnorme stato di contrazione circoscritta e transitoria della parete uterina abbia potuto simulare un mioma.

Il fatto è molto raro, ma può accadere: basta pensare al segno del Piskacek al principio della gravidanza, e sopratutto a quelle circoscritte contrazioni dell'utero che sono note nella mole vescicolare, talora appunto interpretate come fibromi, contrazioni a cui il Roben voleva dare importanza diagnostica (1). Anche subito dopo il parto io ho osservato, una volta, una forma di utero bicorne transitoria che pensai essere stata data da fenomeni fugaci di contrazione.

Il Meyer riferisce un caso che è bene riportare.

Si trattava di una donna di 34 anni con tre bambini viventi. Ebbe l'ultima mestruazione regolare ai primi di febbraio, a cui seguì una amenorrea per sei settimane, poi vennero i periodi due volte (a metà di marzo e a metà aprile) con l'intervallo di quattro settimane, poi vi furono emorragie irregolari e negli ultimi dieci giorni prima del ricovero nella clinica, agli ultimi di giugno, vi erano permanentemente forti emorragie.

L'esame clinico-ostetrico mise in evidenza un accenno di cianosi della mucosa. La portio era conservata. Orificio uterino chiuso. Il collo dell'utero dopo circa 4 cm. passa in un tumore delle dimensioni di un pugno, situato a sinistra, alquanto molle, il quale col suo polo superiore sporge alquanto dal bacino. A destra si trova un tumore quasi delle dimensioni di una testa di uomo, pure alquanto molle, che penetra meno nel piccolo bacino e giunge col polo superiore quasi un palmo più in su del tumore di sinistra; sulla superficie si avvertono alcuni nodi duri delle dimensioni di una noce. I due tumori aderiscono ampiamente tra loro, tuttavia vi è una manifesta e profonda insellatura in forma bicorne. Non si sentono toni cardiaci. L'esame in narcosi confermò tale risultato. Non fu possibile porre una diagnosi sicura. Fu ammesso un utero miomatoso e gravido con morte del feto. Fu però lasciato incerto se la formazione dell'utero bicorne fosse dovuta ad un gran nodo di mioma unilaterale, ad una gravidanza in un corno dell'utero o extrauterina. Nella laparatomia eseguita alcuni giorni più tardi si ebbe dapprima lo stesso reperto: a sinistra un tumore alquanto molle, delle dimensioni di un pugno, a destra un tumore degli stessi caratteri, grande come una testa, fra i due una depressione profonda di 5-6 cm. Gli annessi a sinistra si dipartivano presso la cupola superiore del tumore e a destra alquanto più in basso. Sulla parete anteriore e posteriore vi erano 4-5 nodi di mioma grandi come mezza nocciola. Dopo pochi istanti la forma dell'utero si modificava enormemente sotto gli occhi, la profonda depressione si spianava quasi completamente, le due metà originariamente ben separate scomparivano sempre più e l'utero costituiva quasi una sporgenza uniforme.

Nell'utero estratto fu ricostituita artificialmente la forma originaria. Dopo indurimento, il preparato fu inciso, e risultò che l'uovo morto occupava l'intera cavità uterina, e non era limitata ad un corno. Tra l'uovo e la parete uterina esisteva tutto intorno un versamento sanguigno uniforme. La placenta completamente staccata, era riconoscibile soltanto microscopicamente, invece il prodotto del concepimento era abbastanza ben

(1) GAIFAMI. *Sulla mòle vescicolare*, ecc. Rassegna di Ost. e Ginec., 1921.

conservato. La parete dell'utero era di spessore uniforme e normale, senza grossi miomi.

Questo errore non indifferente del Meyer è aggravato vieppiù dalla mutilazione operata, che non aveva, in verità, alcuna indicazione. Il Meyer stesso inoltre ricorda di avere osservato, all'esame clinico, la forma bicorne di un utero gravido, mentre nel successivo esame in narcosi era scomparso.

E dunque fuor di dubbio che si possono avere degli abnormi stati di contrazione dell'utero.

E credo che questi abnormi stati di contrazione dell'utero non si abbiano soltanto in certe condizioni patologiche dell'uovo e dalla parete uterina, ma anche in condizioni fisiologiche.

Pertanto, prima di pensare alla presenza di un mioma in un utero gravido bisogna tenere presente la possibilità che dei pseudomiomi si possano formare per abnorme contrazione parziale della parete uterina, che non sono da confondere nè debbono venire confusi con miomi.

In tal modo si eviteranno errori paragonabili a quelli testè riferiti.

Dicembre 1924.

BIBLIOGRAFIA.

AUBERT L. *Un cas de fibrome utérin pris pour une grossesse.* Revue méd. de la Suisse Romande, tome 29, pag. 218, 1909.

BARRET C. W. Am. Journ. Obst., vol. 59, pag. 637, 1909.

BUEVE. *Della diagnosi dei tumori fibrosi uterini nei loro rapporti con la gravidanza ed il parto.* La Clin. Ostetr., vol. 7, pag. 193.

FIGUERAS I. A. *Fibromioma dell'utero simulante il travaglio del parto.* Rev. Med. Cubana, vol. 20, pag. 144, 1922.

HALL R. B. *Fibroid tumor of the uterus simulanting pregnancy.* Am. Journ. Obst., vol. 59, pagina 459, 1909.

MC. BURNEY B. A. *Diagnosis and differenzial diagnosis of uterine fibroids.* Clinique, vol. 34, pag. 86, 1903.

MAYER A. Münch. med. Woch. 1919, n. 3.

PICHEVIN R. D. *Difficultés du diagnostic du fibrome utérin.* Semaine Gynéc., vol. 9, pag. 49, 1904.

PYLE I. S. *Uterine fibroide simulanting pregnancy.* Med. Rev., vol. 53, pag. 533, 1908.

TEXIER. *Fibrome uterin ayant donné lieu à des symptômes de grossesse.* Bull. Soc. An. Physiol. Paris, 1920.

TILLAUX. *Le diagnostic entre les fibromes utérins, les affections des annexes et la grossesse.* Revue gén. Clin. Thérap., tome 18, pag. 183, 1904.

Sul comportamento dell'emorragia che prelude alla rottura spontanea dell'utero in travaglio espulsivo.

Dott. ROCCO GIAMPAOLO.

Ricordo un caso clinico di rottura spontanea d'utero, di grande interesse, verificatosi una notte, che ero di guardia assieme ad altri colleghi del corso di perfezionamento in Ostetricia nella Clinica Ostetrica di Roma (1° trimestre 1921).

Si trattava di una donna di campagna di oltre 40 anni alla sua nona gravidanza.

Nella storia della puerpera si rilevava che in uno o due parti precedenti vi era stata applicazione di forcipe: nulla nel gentilizio, conformazione scheletrica e del bacino normale e così pure i suoi diametri.

L'attuale gravidanza era al suo termine e la paziente da oltre due ore in periodo espulsivo già preceduto dalla rottura del sacco: il feto vivo e vitale in posizione longitudinale con presentazione cefalica: vertice in O. S. A. Però malgrado il periodo espulsivo inoltrato e la dilatazione completa del collo la testa non si era ancora impegnata, ma era mobile allo stretto superiore: all'esplorazione si constatava un voluminoso tumore da parto: questa era la sola irregolarità che era dato di rilevare.

La paziente si lamentava in modo compassionevole, sicchè la mia attenzione era spesso rivolta a lei, in modo che ho potuto sorvegliare tutte le fasi successive del parto. Ad un certo punto, incominciai a notare *un piccolo rivo di sangue defluire a intervalli* dai genitali esterni: ho constatato che questo filo di sangue si presentava in coincidenza di una contrazione uterina e cessava nella pausa. Ascoltando i battiti fetali si notava una certa irregolarità del ritmo, indizio di sofferenze della paziente (una moderata pressione sull'addome era avvertita con dolore) il filo di sangue si fece continuo, ma con un comportamento caratteristico; era una emorragia che ingrossava e diminuiva a intervalli: ho notato che l'aumento corrispondeva all'acme della contrazione e la diminuzione alla fine della contrazione e alla pausa relativa. Per caratterizzare questa particolare emorragia userò un'espressione un po' banale, ma che rende perfettamente l'immagine di essa: *era un'emorragia fusiforme* e ripeto, l'ingrossamento del fuso corrispondeva all'acme della contrazione uterina.

In verità il caso incominciò ad interessarci non poco, ed abbiamo cercato di dare una spiegazione razionale dell'emorragia che complicava un travaglio di parto sul quale nessuno, pochi momenti prima, avrebbe avuto sospetti o timori. Nessuno di noi ha interpretato nel suo vero significato il sintomo minaccioso ed eravamo tutti ben lontani da sospettare la sua vera portata: ma poichè le sofferenze materne (senza altre anomalie rilevabili) si erano fatte imponenti e così pure i segni delle sofferenze fetali rilevate dall'ascoltazione dei battiti che a un certo punto cessarono del tutto, l'aiuto di guardia ha deciso di intervenire con una rapida applicazione di

forcipe alta. Ancora la testa non si era impegnata. Il flusso sanguigno intanto si fece più voluminoso e alla introduzione della seconda branca del forcipe, abbiamo avuta la sensazione di un corpo solido che pescasse in un ambiente liquido; vi è stato un rumore netto di guazzamento. Con una rapida e felice manovra l'operatore estrasse un voluminoso feto, in stato asfittico, che fu affidato prontamente alle cure di una levatrice di guardia, mentre all'espulsione del feto seguiva un getto di sangue a pieno canale che inondò letteralmente il pavimento e immediatamente fece capolino alla vulva un'ansa intestinale o per lo meno ognuno di noi la prese per tale. Così si rivelò in un modo veramente drammatico e inopinato il quadro della rottura d'utero. Perchè nessuno di noi ha sospettato tale evenienza neppure quando avvertimmo la branca del forcipe diguazzare nel sangue? Perchè in quel caso clinico non vi era nessuno dei sintomi classici della minaccia di rottura d'utero; l'unico segno era rappresentato da quella emorragia sopra descritta (il cui meccanismo in rapporto alla rottura d'utero spiegherò fra breve) e che noi tutti ci spiegammo con errate interpretazioni, come ad es.: distacco di placenta normalmente inserta, ecc. Immediatamente fu avvertito del caso il professor Gaifami, che per fortunata combinazione si trovava ancora in clinica a quell'ora inoltrata della notte. Si è proceduto quindi ai primi soccorsi della paziente, previo un rapido secondamento artificiale, mentre si allestiva la sala operatoria per il necessario intervento. Fu applicato il laccio di Momburg per la compressione dell'aorta addominale e immediatamente si è proceduto al tamponamento dell'utero. Nell'esplorare la cavità uterina prima del tamponamento, onde ricercare la lacerazione, quello di noialtri che accudiva a tale mansione, ha scambiato l'anello del cercine di contrazione per la lacerazione; il professor Gaifami, controllando l'osservazione, ci avvertì che quello era il cercine di contrazione e che la lacerazione era del lato sinistro del segmento inferiore ed era una lacerazione incompleta, vale a dire rimaneva ancora integra la sierosa; sicchè quello che a noi parve un'ansa intestinale fuoruscire dalla vulva, era probabilmente tale, ma inguainata nella sierosa. Accenno a questo particolare, perchè non privo d'importanza pratica. Nel frattempo allestita la sala operatoria, il prof. Gaifami, con la consueta perizia e rapidità, ha proceduto alla isterectomia della paziente, la quale intanto venne ipodermoclizzata. Il pezzo anatomico giustificò pienamente la diagnosi fatta: vi era un largo squarcio del lato sinistro del segmento inferiore con integrità della sierosa e rottura dell'arteria uterina, il cui capo centrale, per l'enorme retrazione elastica che si è dovuta verificare, non è stata possibile di rinvenire, per cui fu necessaria un'accurata sutura a strati del margine uterino del legamento largo corrispondente. La paziente, grazie a questo tempestivo e provvido intervento, che seguì asetticamente e senza complicazioni, dopo una degenza relativamente breve, venne dimessa completamente guarita, segnando così una brillante eccezione nella infausta casistica di tali accidenti.

Aggiungo per la cronaca, che si è potuto salvare anche il feto asfittico, il quale era un bellissimo bambino di grammi 4100 (feto macrosoma).

Siccnè con legittima soddisfazione, il prof. Pestalozza illustrando, in una delle sue magnifiche e indimenticabili lezioni, questo caso clinico interessantissimo ha potuto registrare un nuovo trionfo della sua clinica.

Dunque nelle sue linee generali, il quadro sviluppatosi va inteso così: la partoriente alla sua nona gravidanza, in un'età non più giovane al limite della puerperalità, doveva, con un utero stremato da numerosi parti precedenti, espellere un feto macrosoma attraverso a un canale del parto lievemente distocico, come si deve argomentare dalle precedenti applicazioni di forcipe, per quanto i dati morfologici e diametrici del bacino non facessero sospettare tale distocia: come si vede ce n'è abbastanza per spiegarci l'avvenuta rottura. Ma l'interesse del caso sta precisamente nel fatto che, tale evenienza si è avuta con il silenzio quasi assoluto dei sintomi che sogliono preludere o accompagnare il grave accidente della rottura d'utero e l'unico segno che, interpretato a tempo, avrebbe forse risparmiato alla paziente il terribile incidente, era appunto quella speciale emorragia descritta e per la cui interpretazione occorre approfondire il meccanismo d'azione. Ed ecco in qual modo: Durante le contrazioni del periodo espulsivo, il corpo dell'utero tende a retrarsi, mentre il segmento inferiore si dilata: si dice appunto che il corpo partorisce il feto nel segmento inferiore. Quando il parto è distocico, per una qualsiasi circostanza, ad un certo punto la dilatazione del segmento inferiore si effettua fino al limite della sua elasticità: allora lo strato più interno del segmento inferiore incomincia a smagliarsi, per cui si verifica, per la conseguente lacerazione di piccoli vasi, un'emorragia che deve avere quel comportamento caratteristico sopra descritto; e così comincia a defluire dai genitali un filo di sangue, il quale presenta degli aumenti o delle diminuzioni successive nella sua portata (emorragia fusiforme); gli aumenti coincidono con l'acme delle contrazioni uterine e questo s'intende, quando si pensi che, aumentando lo sforzo contrattile del corpo, aumenta la distensione del segmento inferiore e quindi si accentuano le smagliature dello strato più interno di tale segmento con la conseguenza di altre lacerazioni vasali, mentre verso la fine della contrazione e più nella pausa successiva il segmento inferiore tende a retrarsi, con la qual cosa deve diminuire l'afflusso di sangue. Effettivamente la rottura spontanea del segmento inferiore si verifica per strati dai più interni agli esterni, fino alla sierosa, la quale può anche non rompersi, costituendo la varietà di rottura incompleta, caratteristica appunto della rottura spontanea del segmento inferiore. S'intende che

col progredire della rottura avvengono lacerazioni di vasi più cospicui, per cui l'afflusso di sangue andrà progressivamente aumentando, perdendo così la caratteristica suddescritta di emorragia fusiforme: ma questo si verifica appunto quando la rottura è ormai in atto e non più evitabile.

Certo l'emorragia che precede una rottura di utero può avere modalità differenti da quelle sopradescritte, se altre condizioni intervengono nel determinismo della rottura (cicatrici di pregresse parziali lacerazioni, cicatrici di operazioni subite, ecc.). Ma dato il meccanismo d'azione suddescritto, se la mia interpretazione non è errata, io credo che il segno dell'emorragia fusiforme debba avere una larga applicazione, almeno in una grande parte dei casi di rottura spontanea dell'utero in travaglio espulsivo: e non è chi non veda la grande utilità della sua tempestiva ed esatta interpretazione specie nell'assenza di altri segni che inducano ad una pronta diagnosi del caso.

San Luca (Reggio Calabria), febbraio 1925.

Gravidanza in utero bicorne con parto distocico.

Dott. SILVIO PERA, medico condotto.

Nella mia pratica di medico condotto mi si presentò nel gennaio u. s. il seguente caso, che ritengo opportuno riferire per la sua importanza dal lato ostetrico.

B. M., nei G., di anni 29, atta a casa, nata e domiciliata a Lari.

Dal lato anamnestico si sa che la madre ebbe 5 parti normali e a termine, il padre è vivente e sano; ha fratelli e sorelle pure viventi e sani.

Mestruò a 15 anni; prima di andare a marito è stata a periodi dismenorroica.

Si possono escludere precedenti luetici e venerei. Il marito è sano e robusto, ed ha fatto per lungo tempo il militare.

Fra le malattie precedentemente sofferte è degna di nota una forma di atonia gastro-intestinale di natura nervosa, di cui guarì mediante una lunga cura prima di sposarsi.

Donna di sana costituzione fisica, con sviluppo scheletrico regolare.

Chiamato dalla levatrice perchè, iniziatosi il parto da oltre 48 ore, non avveniva l'espulsione spontanea del feto per inerzia uterina, con minaccia alla vita del medesimo e alla salute della donna, riscontro trattarsi di primipara a termine.

Il decorso della gravidanza è stato normale dal lato ostetrico; dal lato generale vi sono stati disturbi notevoli da parte dell'apparecchio digerente. La donna ha sempre avvertito i movimenti attivi del feto, mai passivi.

Procedo subito all'esame ostetrico. Colla ispezione rilevo che il volume del ventre è maggiore nel senso antero-posteriore, non in modo uniforme, ma assumendo una forma irregolare tanto da simulare al lato sinistro della donna in alto una massa separata e distinta.

Alla palpazione colpisce subito la mia attenzione la presenza di una marcata insenatura in corrispondenza del fondo dell'utero. Proseguendo nella palpazione riscontro che il feto è in situazione longitudinale colla testa in basso già scesa nello scavo.

Coll'ascoltazione noto che il battito cardiaco fetale ha il massimo d'intensità in corrispondenza del quadrante inferiore sinistro dell'addome vicino alla linea mediana.

Terminato l'esame esterno, previe accurate disinfezioni, procedo alla esplorazione, colla quale riscontro che la testa è fortemente impegnata nello scavo, colla sutura sagittale sul diametro 1° obliquo del bacino, la piccola fontanella a sinistra e in avanti. Perciò faccio diagnosi di presentazione di vertice in O. I. S. A. Particolare degno di nota è che il labbro anteriore della bocca uterina è fortemente aderente per un buon tratto alla parte presentata.

Considerato che le contrazioni uterine sono troppo deboli per compiere il parto, che la parte presentata è come trattenuta dal labbro anteriore della bocca uterina, che all'ascoltazione ripetuta si cominciano ad avvertire i segni di sofferenza del feto, decido di eseguire subito l'applicazione del forcipe, coll'assistenza della levatrice.

Rasi i peli della vulva, evacuati il retto e la vescica, disinfettati accuratamente i genitali, procedo alla introduzione ed applicazione delle branche. Relativamente difficile quella della branca sinistra (posteriore), è difficilissima quella della branca destra nel descrivere la spirale a grande estensione per essere applicata e nel superare il grave ostacolo della bocca uterina fortemente aderente col suo labbro anteriore alla parte presentata.

Ad ogni modo l'applicazione del forcipe, assai laboriosa e difficile, finì coll'estrazione del feto vivo e sano, senza lacerazioni perineali nella madre.

Estratto il feto, avviene una discreta emorragia e contemporaneamente l'espulsione spontanea di una caduca pseudo-gravidica atrofica.

Aumentando l'emorragia tanto da farsi minacciosa per la vita della madre, evidentemente per causa della ritenzione della vera placenta gravidica nell'utero, non accennando il secondamento ad effettuarsi spontaneamente per lo stato d'inerzia uterina, colla massima prudenza e lentezza procedo al distacco graduale della placenta. Durante tale manovra noto che la placenta per un buon tratto è inserita ad un setto, coi caratteri di una membrana piuttosto sottile, che divide l'utero in due cavità; progredendo nella manovra riesco a rilevare pure che la parte superiore dell'utero è costituita da due corni.

In tal modo compio il secondamento artificiale, assai laborioso, lento e difficile ed accompagnato da grave emorragia dovuta evidentemente alla inserzione della placenta sul setto divisorio dell'utero. La massa placentare estratta ha tutti i caratteri della vera placenta gravidica normale e completa.

Per la tendenza dell'utero a rimanere nello stato d'inerzia, faccio subito il massaggio, irri-

gazioni vaginali calde ed iniezioni di ergotina, ottenendo così la contrazione e la cessazione dell'emorragia. Durante il massaggio riscontro ancora la insenatura in corrispondenza del fondo dell'utero, che avevo già notato colla palpazione nell'esame ostetrico prima del parto.

Il decorso del puerperio è stato normale.

Da quanto ho esposto circa il caso occorsomi nella mia pratica, risulta evidente la diagnosi di *utero bicorne unicervicale*, e la sua importanza sia per lo sviluppo ovulare, sia per le complicazioni al momento del parto.

Infatti l'espulsione spontanea di una caduca pseudo gravidica atrofica nel secondamento e la estrazione successiva di una placenta gravidica normale, dimostrano che in una sola delle due cavità si è sviluppata la gravidanza, mentre nell'altra la mucosa ha partecipato alla ipertrofia gravidica, formando colla sua proliferazione una specie di decidua.

Inoltre il parto è stato laborioso e difficile per lo stato d'inerzia dell'utero.

Il secondamento infine, necessariamente artificiale, è stato pure lento e pericoloso per la grave emorragia dovuta alla inserzione della placenta sul setto divisorio della cavità uterina.

Lari (Pisa).

OSPEDALE CIVILE DI ATESSA.

Sopra un caso di ovarite pseudotubercolare. (1)

Dott. FELICE TROYANO, chirurgo primario.

Le nostre conoscenze intorno all'ovarite tubercolare sono purtroppo ancora limitate e dubbie.

Si ammette dalla maggior parte degli autori che essa, mentre accompagna altre localizzazioni tubercolari dell'apparato genitale femminile, raramente si riscontra come affezione isolata e primitiva.

Forse per questa ragione in pubblicazioni anche recenti si accenna all'ovarite specifica quasi incidentalmente, trattando l'annessite tubercolare in genere e per questa la forma più comune, la salpingite.

I casi di ovarite tubercolare pubblicati sono pochi e di essi parecchi danno adito a dubbi sulla loro autenticità. Perchè, accantó a manifestazioni tubercolari caratteristiche dell'ovaia e degli annessi femminili in genere, vi sono delle forme di ben difficile interpretazione, davanti alle quali anche clinici provetti restano in dubbio.

(1) Lavoro presentato nell'aprile 1923 alla riunione della Società Medico-Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi.

Riferisco in proposito un caso di ovarite capitato alla mia osservazione, che, mentre dimostra come talvolta anche l'ispezione diretta laparotomica degli annessi non è sufficiente per il diagnostico, dà modo di accennare brevemente alle forme più comuni di ovarite che con quelle specifiche si possono confondere e al problema terapeutico che il chirurgo di volta in volta è chiamato a risolvere.

C. Giovanna, di anni 24, contadina. Entra in ospedale il 21 luglio 1922. Nulla a carico del gentilizio; nessuna malattia degna di nota, all'infuori di un'influenza sofferta sei anni fa. Mestruata a 17 anni, le mestruazioni, regolari nel primo anno, divennero successivamente scarse, accompagnate da dolori al basso ventre, alle volte anticipate, alle volte mancanti. Maritata a 20 anni, cioè 4 anni fa, ha avuto una sola gravidanza, terminata con parto fisiologico: bimbo vivente e sano.

Tre mesi dopo il parto cominciò ad avvertire un dolore al quadrante inferiore sinistro dell'addome, dolore non continuo, gravativo, che diventava un po' più intenso all'avvicinarsi e durante le mestruazioni. Nel maggio dello scorso anno il dolore si accentuò notevolmente fino a diventare addirittura insopportabile.

Ha fatto le solite cure locali e generali: pare che l'inferma trovasse qualche sollievo nelle applicazioni di ghiaccio. Non sa dire di avere avuto mai febbre.

E. O. Donna di media statura, di aspetto sofferente; sviluppo scheletrico e muscolare normale; pannicolo adiposo un po' scarso; mucose visibili pallide; assenza di gangli palpabili; polso e respiro regolari.

Nulla a carico degli organi toracici. Addome non meteorico, di forma e volume regolare, trattabile in tutte le regioni, meno nel quadrante inferiore sinistro, ove la palpazione risveglia dolore.

Esame ginecologico. La vulva, la vagina, il collo dell'utero nulla presentano di patologico; fornici liberi; utero ed annessi di destra normali. La regione annessiale di sinistra è dolente alla palpazione e presenta una tumefazione rotondeggiante, della grandezza di un uovo di pollo, mobile, di consistenza elastica, che si ritiene essere l'ovaia ingrossata.

Si fa diagnosi di *probabile ovarite cronica sinistra* e si decide l'intervento chirurgico.

Atto operativo (7 agosto 1922). Rachianestesia novocainica e morfina. Laparotomia mediana sotto ombelicale in posizione di Trendelenburg. Peritoneo parietale e viscerale integro. Nessuna lesione apprezzabile dell'utero e degli annessi di destra. Nel Douglas si raccolgono circa 200 gr. di liquido citrino misto a qualche fiocchetto di fibrina. Nel liquido nuotano gli annessi di sinistra ptosici: di questi la tromba è di aspetto normale, mentre l'ovaia è ingrossata, di consistenza elastica, di colore bianco grigiastro e con la superficie cosparsa di numerose produzioni sporgenti, del tutto simili a tubercoli.

Nessuna di queste sporgenze mostra segni di caseificazione. Il rilievo anatomo-patologico fa ritenere di trovarsi in presenza di una ovarite spe-

cifica. Rimosso pertanto il liquido dal Douglas, si pratica l'ovariectomia e si richiude l'addome. Decorso postoperatorio regolare; guarigione per prima.

L'inferma viene dimessa al quindicesimo giorno completamente guarita. Per notizie assunte, l'operata gode tuttora ottima salute, non essendo più ricomparsi i disturbi da essa accusati.

Tutti i segmenti dell'apparato genitale femminile possono essere attaccati dalla infezione tubercolare.

Si suol distinguere la tubercolosi genitale in primitiva e secondaria a seconda che la localizzazione genitale rappresenta la prima manifestazione del bacillo di Koch nell'organismo o una metastasi di focolai preesistenti in altri organi.

La via di propagazione più comunemente riconosciuta della tubercolosi genitale è quella ematica, segue quella linfatica, la diffusione per contiguità e quella effettuata a mezzo di nemasper-mi. Tralascio di proposito la forma congenita.

Si ammette in genere dai più che la tubercolosi genitale femminile si propaghi per via discendente, però non si può escludere la diffusione in senso inverso, come recentemente il Forgue ha dimostrato.

Non tutte però le sezioni dell'apparato genitale femminile partecipano con eguale intensità e frequenza all'infezione tubercolare.

L'Alessandri rileva che in genere le regioni più frequentemente colpite sono quelle annessiali, viene poi l'utero, a preferenza il corpo e l'endometrio, poi il collo, la vagina, la vulva.

Il Bertolini, nela sua relazione, su 55 casi di tubercolosi genitale, al Congresso di Ostetricia e Ginecologia tenuto in Trieste nel 1921, riporta venti casi con lesioni tubariche; otto di tubercolosi ovarica, di cui cinque con salpingite; sette di tubercolosi del corpo dell'utero; quattro con tubercolosi del collo; un solo caso di tubercolosi della vulva; nessun caso a carico della vagina.

Hartmann, Bergeret e Remilly, in uno studio su 28 casi di tubercolosi genitale femminile, trovano solo dieci casi di ovarite e insistono sulla prevalenza delle lesioni tubariche.

Il Wolff, analizzando 82 casi di tubercolosi genitale e peritoneale nella donna, riferisce che il peritoneo era interessato nella proporzione del 68 %, le trombe 48.8 %, le ovaie 31.7 %, l'utero 14.6 %, e rileva la frequente coesistenza di tumori (miomi, adenomi, sarcomi, cancri, ecc.).

Il Simmonds ammette che l'ovaia partecipa alla tubercolosi genitale nella proporzione del 2.5 %; il Pankow invece dà l'11.4 %; lo Schimpert il 13.7 %.

Tutto sommato le cifre suesposte c'inducono a ritenere che le ovaie, per quanto diano un contributo notevole alla tubercolosi genitale, siano relativamente resistenti al bacillo di Kock, specialmente se si considerano gl'intimi rapporti anatomici e fisiologici con le trombe così frequentemente colpite dalla stessa infezione.

È stata rilevata da alcuni una certa analogia tra la tubercolosi dell'ovaia e quella del testicolo: e, come questo il più delle volte viene attaccato secondariamente all'epididimo, così l'ovaia può rimanere per lungo tempo immune anche di fronte a lesioni avanzate delle tube.

Il Cohn spiega questa resistenza dell'ovaia col fatto che l'albuginea protegge il tessuto glandolare: essa si ispessisce ed oppone una potente barriera alla penetrazione del bacillo. L'infezione invece può penetrare facilmente quando la continuità dell'involucro ovarico viene ad essere interrotta, come accade durante lo scoppio di un follicolo del Graaf.

L'ovaia però si è già detto, può essere invasa anche per via sanguigna e per via linfatica, nel qual caso si riscontrano delle localizzazioni intrafollicolari, pur rimanendo la superficie glandolare integra.

Il fatto che il parenchima ovarico può rimanere lungo tempo immune ha un'importanza pratica notevole, poichè in determinate circostanze ci dà la possibilità, asportati i focolai annessiali più avanzati, di conservare la glandola per la secrezione interna, se non per la funzione riproduttiva di solito precocemente compromessa.

La relativa immunità dell'ovaie alla infezione tubercolare, negata dal Wolff e dallo Schottlaender, è oramai ammessa dalla maggior parte dei Chirurgi e Ginecologi e provata da numerose statistiche: in genere la tubercolosi ovarica si accompagna ad altri focolai annessiali, specialmente a carico delle tube, per lo più è secondaria ad altre lesioni tubercolari e raramente si manifesta come localizzazione primitiva.

*
* *

Nel caso riferito l'apparato genitale non presentava lesioni apprezzabili all'infuori di quelle descritte a carico dell'ovaia di sinistra, lesioni di cui i caratteri fecero ammettere la natura specifica della malattia.

L'anamnesi famigliare muta e quella personale non fornendo alcuna notizia su infezioni tubercolari pregresse o in atto, bisognava ritenere di trovarsi di fronte ad una forma di ovarite specifica primitiva.

Lo stato generale dell'inferma, che nessuno dei comuni segni di malattie costituzionali presentava, non ci forniva alcun elemento probativo, essendo risaputo che piccole localizzazioni tubercolari dell'apparato genitale sono compatibili con un relativo benessere dell'organismo.

D'altra parte sintomi di focolaio della tubercolosi ovarica non esistono, non differendo il suo quadro clinico da quello delle comuni annessiti.

In assenza di dati anamnestici ed obbiettivi sicuri, data la relativa rarità della forma morbosa, si pensò di approfondire l'indagine diagnostica mediante l'esame microscopico del pezzo anatomico asportato.

Allestiti pertanto dei preparati, al microscopio si è potuto rilevare quanto segue: parenchima ovarico normale; albuginea ispessita e in parte sostituita da tessuto fibroso: a spese di questo tessuto fibroso si erano formate di tanto in tanto delle piccole protuberanze rotondeggianti anch'esse di tessuto connettivale. Nelle piccole formazioni connettivali non fu possibile mettere in evidenza nessuno elemento che potesse ricordare il tubercolo.

Adunque le piccole produzioni osservate sulla superficie ovarica, macroscopicamente del tutto simili ai tubercoli che si sogliono riscontrare nelle affezioni specifiche delle seriose, altro non erano che produzioni connettivali, espressione di una comune ovarite ad andamento subacuto.

La Jayle nel descrivere le varie forme di ovariti tubercolari ne enumera quattro: *la granulosa*, la *piogenica*, la *lardacea*, la *polimorfa*. A queste forme si potrebbe aggiungere una quinta, la *cistica*, ritenuta dal Poncet e da altri anch'essa di natura tubercolare.

Lo stesso Jayle aggiunge che tutte queste forme sono caratteristiche della infezione tubercolare, ma possono essere fornite anche dalle comuni annessiti; la diagnosi perciò è sempre incerta. La difficoltà d'interpretazione diagnostica diventa maggiore nelle infezioni annessiali associate, quando cioè, come spesso avviene, la localizzazione tubercolare coesiste ad infezioni di altra natura (gonococco, stafilococco, coli, ecc.).

Questa eventualità non è rara, essendo a tutti nota l'importanza che hanno le comuni infezioni annessiali sia nel preparare il terreno alla tubercolosi che nell'influenzarne lo sviluppo.

Il problema diagnostico in questi casi non può essere risoluto se non mediante ricerche di laboratorio, prima fra esse l'esame microscopico del pezzo asportato.

Così nel nostro caso, nel quale i dati anamnestici e clinici erano incerti e l'osservazione del focolaio infiammatorio faceva supporre una forma tubercolare, fu appunto l'indagine microscopica che rilevò la vera natura della lesione.

La quale, stando alla classifica dello Jayle, rientra nella categoria molto varia e numerosa delle ovariti che simulano le specifiche e si confondono con esse, e precisamene sarebbe una forma di *ovarite granulosa pseudo tubercolare*.

La difficoltà diagnostica rende oltremodo delicato il problema terapeutico, che in questi casi resta affidato esclusivamente all'esperienza clinica del Chirurgo.

Le inferme per solito giungono a noi dopo avere sperimentato lungamente tutti i comuni metodi di cura medica; sicchè al chirurgo non resta che la laparotomia e la conseguente resezione o ablazione della parte malata.

È ovvio ricordare che l'intervento conservatore è applicabile solo in casi di lesioni circoscritte e ben delimitate, e qualche volta può dare buoni risultati clinici, se non funzionali. In genere però l'estensione e la profondità delle alterazioni anatomiche, la gravità dei disturbi accusati, alle volte non legati a gravi lesioni organiche, l'inefficacia della cura medica praticata, la circostanza favorevole, come nel nostro caso, della integrità dell'ovaia dell'altro lato, impongono e giustificano l'ablazione della glandola lesa.

Atessa, aprile 1923.

NOTE PREVENTIVE.

L'anofelismo delle risaie nelle paludi Pontine, in relazione all'epidemiologia della malaria.

Dott. DOMENICO FALLERONI.

Riferisco brevemente con questa nota preventiva i risultati ottenuti finora dalle ricerche eseguite in una delle due risaie, fatte in quest'anno, nelle paludi Pontine.

Quella, di cui si tratta, si trova nel territorio del Comune di Terracina, in contrada Caronte, ove la Società Bonifiche Pontine ha coltivato a riso 80 ettari di terreno. Attigue alla risaia vi sono una tenda e due capanne per il ricovero degli operai addetti alla presa di acqua dal fiume Sisto e per deposito di materiali (calce e concimi chimici); e, nel raggio di un chilometro, si trovano alcune abitazioni, il casale dell'azienda agricola, appartenente alla stessa società, e i dormitori per gli operai dell'impianto idrovoro del Consorzio per il Bonificamento Pontino.

Ho cercato di stabilire quali anofeli e quali forme di malaria dominano nelle vicinanze della risaia, in confronto con zone più lontane, oltre due chilometri. Le zanzare della malaria, che dominano nelle paludi Pontine, sono gli *An. maculipennis*, che io distinsi (1) in due gruppi per il

(1) *Studio sugli An. maculipennis delle paludi Pontine*, pag. 6. Recanati, Tipografia Economica, 1924.

colore delle uova (grige e nere), per i caratteri dei loro galleggianti, da cui dipende la diversa disposizione delle uova nell'acqua, e per l'aspetto dell'insetto alato. Le *An. maculipennis* dalle uova nere sono in generale, in confronto con quelle dalle uova grige, un poco più grandi, più scure, con macchie alari più accentuate, con arti più grossi e scuri, e depongono in ciascuna volta un numero maggiore di uova, che superano non raramente 400 (mese di maggio) fino a raggiungere la cifra di 479, con una media, ricavata da moltissime deposizioni complete, di 223, mentre la media delle uova grige, alquanto inferiore, è risultata di 177.

Nella distinzione che feci di uova nere e grige, le uova caratterizzate da due fasce nere in corrispondenza degli estremi dei galleggianti, le raggruppai, per la incrostazione grigia abbastanza accentuata, fra le uova grige, ma per osservazioni ulteriori sui caratteri dei loro galleggianti, in corrispondenza anche ai caratteri dell'insetto alato, ritengo che esse appartengano al tipo delle nere.

Della specie di *An. maculipennis* è stata fatta una distinzione.

Edwards (1) nel 1921 distinse quelle, che depongono uova senza galleggianti, creandone una specie nuova col nome di *An. elutus*, che io accertai esistere nel nostro paese. Pensai che i caratteri differenziali di uova grige e nere e dei loro galleggianti, caratteri che si conservano nelle varie deposizioni (fino a 9) di ciascuna zanzara e anche nella discendenza, potessero essere il segno di varietà o razze diverse e che esse potessero presentare condizioni diverse alla vita dei parassiti della malaria, da determinare quelle differenze epidemiologiche di luogo e di tempo che si osservano.

Tali nozioni entomologiche mi sono servite di base nelle ricerche attuali. Ho studiato le anofeli catturate nella tenda e nelle due capanne attigue alla risaia e nelle abitazioni comprese nel raggio di 1 Km. Lo studio l'ho fatto in confronto con le anofeli catturate nella Stazione Sanitaria della Croce Rossa di Pontemaggiore e adiacenze, distanti oltre due Km. dalla risaia. In questa stazione è stato attuato un piano di lotta contro la malaria, con nuovo indirizzo. In essa funzionano tre porcili, dove dall'aprile fino ad oggi (19 settembre) sono state catturate circa 400,000 zanzare.

Nella risaia, in visite ripetute, ho sempre trovato larve di *An. maculipennis* tra le piante di riso.

Per stabilire l'eventuale influenza delle risaie sull'anofelismo ho creduto necessario fare moltissime osservazioni metodiche, in tempi diversi, i di cui risultati ho riunito nel seguente prospetto:

(1) *Bulletin of entomological research.*, volume XII, part. 3, november, 1921, p. 273.

Data delle catture e ovodeposizioni	Risaia: N. zanzare che deposero	Risaia: Deposizione uova – Grige: con galleggianti	Risaia: Grige: senza galleggianti	Risaia: Grige: Percentuale	Risaia: Nere: N.	Risaia: Nere: Percentuale	Stazione Antimalarica di Pontemaggiore: N. zanzare che deposero	Stazione: Deposizione uova – Grige: con galleggianti	Stazione: Grige: senza galleggianti	Stazione: Grige: Percentuale	Stazione: Nere: N.	Stazione: Nere: Percentuale
1925												
Giugno	112	95	6	90.17	11	9.83	95	32	--	33.68	63	66.32
Luglio	116	96	2	84.48	18	15.52	128	8	—	6.25	120	93.75
Agosto	186	141	10	81.18	35	18.82	80	6	1	8.75	73	91.25
Settembre . . .	182	128	20	81.31	34	18.68	178	11	2	7.30	165	92.69
Totale . . .	596	460	38	83.55	98	16.44	481	57	3	12.47	421	87.52

È evidente che la qualità di anofelismo della risaia è diversa da quella della Stazione Sanitaria di Pontemaggiore. Difatti nel raggio di 1 Km. dalla risaia predominano le *An. maculipennis* dalle uova grige, mentre a Pontemaggiore quelle dalle uova nere. La differenza è notevole e le cifre lo dimostrano chiaramente. Su 596 zanzare della risaia che deposero, 498 deposero uova grige e 98 uova nere, nella proporzione rispettiva di 83.55 e di 16.44 %, mentre il contrario è avvenuto nella stazione antimalarica di Pontemaggiore, le cui zanzare deposero su 481, uova nere 421 e grige 60, con una percentuale di 87.52 di uova nere e 12.47 di uova grige.

Alla grande prevalenza nella risaia delle uova grige s'accompagna un numero discreto, molto

maggiore che in altri luoghi, di *An. elutus*, le quali conservano i loro caratteri: sono più piccole, più chiare, con macchie alari meno distinte in confronto delle *An. maculipennis* dalle uova grige, con le quali hanno molta affinità. Alla differenza di carattere entomologico fra gli anofeli predominanti, che si è mantenuta costante in tutto il periodo, si può dire, della coltivazione del riso, corrisponde una differenza epidemiologica.

I casi di malaria verificatisi nelle vicinanze della risaia hanno presentato carattere mite, mentre nella zona di Pontemaggiore si sono avute forme di malaria grave. Gli operai addetti alla presa dell'acqua sul fiume Sisto si sono ammalati, ma di terzana mite. Nel mese di luglio, su 25 risaiuole della provincia di Bologna, di Malalbergo, venute per il trapianto del riso e dimoranti nel fabbricato dell'azienda, compreso, come ho detto, nel raggio di 1 Km. dalla risaia, ne ammalarono 14, ma anche queste con forme non gravi. Alcuni giovanetti, operai agricoli, ricoverati in questo stesso fabbricato, in una delle visite che vi facemmo (30 agosto) ci dicevano, mentre il dott. Pietrosanti faceva il prelevamento del sangue, che essi erano ammalati di febbri che permettevano a loro di continuare il lavoro, poichè gli accessi venivano nel pomeriggio ed erano di breve durata, da 5 ad 8 ore. Il dott. Pietrosanti, direttore della stazione sanitaria di Pontemaggiore, che mi coadiuva con intelligente e vivo interessamento per il nuovo metodo di lotta contro la malaria, basato sull'azione protettrice degli animali domestici stabulati, ha rilevato, cosa importante, che in questo locale ed in altri vicini l'anno scorso dominavano forme gravi di malaria, che egli ebbe in cura.

Lo studio continua e le ricerche sono indirizzate a stabilire il comportamento dei parassiti della malaria nelle due varietà o razze di *An. maculipennis* e le prove, naturalmente, sono fatte su zanzare immuni, di allevamento. Avevo notato alcuni casi, nei quali il predominio di forme gravi di malaria coincideva con la presenza di numerose *An. maculipennis* dalle uova nere. I risultati attuali confortano la mia idea, che il grado dell'infezione possa essere in relazione con la razza o la varietà dell'insetto trasmettitore, e così si potrebbero spiegare le differenze epidemiologiche che si osservano fra le regioni d'Italia, principalmente, tra l'Italia meridionale e settentrionale.

Inoltre, tenendo conto del fatto che le due razze di zanzare hanno in mesi diversi dell'anno il loro periodo di maggiore sviluppo, si può pensare che il decorso dell'epidemia nei diversi periodi della stagione malarica varii anche in rapporto colla maggiore o minore presenza di zanzare di uno dei due tipi.

Parmi sarebbe importante estendere simili ricerche, come è interessante conoscere le ragioni per le quali la risaia favorisce la produzione delle *An. maculipennis* dalle uova grige, in confronto di quelle dalle uova nere. I risultati finora avuti mi sembra consentano di ritenere:

1) che in Italia vi sono due varietà o razze di *An. maculipennis*, distinte dal colore e dal numero delle uova e dai caratteri dei galleggianti;

2) che molto probabilmente il grado d'infezione della malaria è legato a queste varietà o razze dell'insetto trasmettitore, nel senso che le *An. maculipennis* dalle uova grige trasmetterebbero la malaria mite e quelle dalle uova nere la malaria grave;

3) che nelle risaie sembrano predominare le *An. maculipennis* dalle uova grige e che questo fatto, se confermato in altre località, potrebbe spiegare la malaria mite di molte nostre risaie.

(*Consegnato in Redazione il 19 settembre 1925*).

FATTI E DOCUMENTI.

Sui tumori primitivi del polmone nei bovini.

Prof. RINALDO MARCHESINI
docente di Patologia e di Tecnica Microscopica nella R. Università di Roma.

È risaputo come sia cosa molto rara lo sviluppo dei tumori primitivi del polmone e dei bronchi; e ciò se in fondo non è di grande differenza per la patologia umana, perchè o primari o secondari sono sempre malevoli, può assumere invece un interesse molto maggiore per ciò che può essere per gli animali da macello. Il tumore o tumoretti del polmone possono venire in questi animali facilmente diagnosticati per processi tubercolari e senza un esame istopatologico scrupoloso non è certo facile la distinzione, perchè il polmone può presentarsi alterato a tal punto da rendere difficile la diagnosi.

Queste osservazioni fatte spesso dal dott. Bertolini nel suo esame coscenzioso e minuto della ispezione della carne da macello ha destato in me il desiderio di volerne fare uno studio apposito.

Avuto infatti dal dott. Bertolini stesso dei pezzi di polmone di bue che presentavano dubbie alterazioni mi sono accinto all'esame di tali pezzi patologici, ed eseguendone le manipolazioni necessarie per sottoporli a fini tagli micrometrici,

come alle varie colorazioni diagnostiche, vengo ad esporne brevemente i risultati ottenuti.

I tagli del polmone di bue delle zone sospette mi hanno presentato varie fasi patologiche a cui può andare incontro un polmone malato, ed è così che in varie zone ho potuto riscontrare stadi diversi di processi patologici.

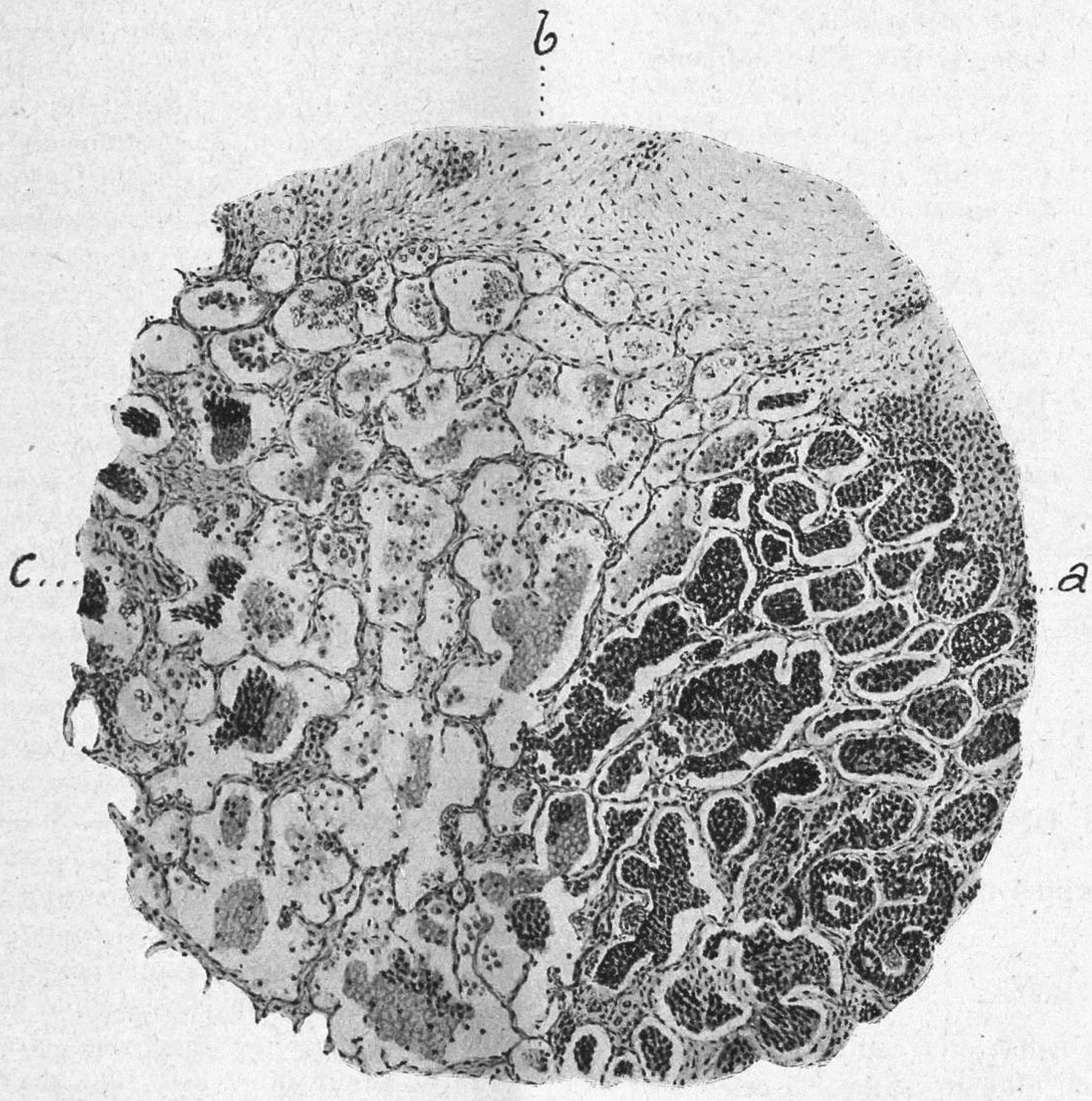
In alcune zone si veggono gli alveoli che si comprimono reciprocamente e che presentano il loro epitelio proliferato: epiteli alveolari rigonfi, rotondeggianti e di molto ingrossati, come nella pneumonite desquamativa e nella polmonite catarrale.

In altre zone gli alveoli si presentano dilatati per processo enfisematico e ripieni di un reticolo fibrillare in parte retratto in parte distrutto, come nella polmonite cruposa nel periodo di epatizzazione; così zone i cui vasi si scorgono ripieni di sangue, e sangue stravasato negli alveoli in una forma da stasi.

Queste varie alterazioni del polmone, al di fuori delle zone veramente invase dal tumore, come ora vedremo, possono facilmente indurre in errore, in una osservazione macroscopica, facendole sospettare come dovute a fatti tubercolari.

L'interpretazione che noi potremo dare a questi fatti invece è la cronicità della malattia, e che il polmone invaso dal tumore reagisca in modi diversi a seconda la tappa del tumore che va invadendo il tessuto.

Nelle zone di polmone dove è evidente il tumore appare innanzi tutto chiara la sua origine dalla mucosa dei bronchi, i cui epiteli proliferati si insinuano negli alveoli e ne occupano in tutto o in parte gli alveoli vicini. A questa proliferazione dell'epitelio bronchiale, fa seguito anche una proliferazione del connettivo interlobulare e degli endoteli degli alveoli e dei vasi san-



Taglio di polmone di bue affetto da tumore primitivo.

a) Proliferazione dell'epitelio bronchiale ed infiltrazione di esso negli alveoli polmonari.

b) Strato di tessuto connettivo da reazione, che circonda le zone affette da tumore.

c) Stato enfisematoso del polmone con proliferazione degli endoteli ed invasione di sangue da stasi.

guigni, costituendo così una vasta zona proliferativa che va invadendo il polmone.

In alcuni punti a questa invasione fa da cercine e da ostacolo la parete alveolare circostante, in cui il connettivo proliferando esageratamente viene a circondare il tumore da dividerlo in zolle d'aspetto adenomatoso; assumendo così il polmone un vero aspetto cirrotico. (Vedi fig.).

In altri punti, dove è avvenuta una compartecipazione degli endoteli alveolari e vasali all'attiva moltiplicazione, il taglio del polmone assume una forma carcinomatosa.

Ho voluto ricercare se era possibile attribuire a presenza di parassiti questi fatti di eccessiva proliferazione dell'epitelio bronchiale; ma la ricerca è stata vana.

Cosicchè le varie fasi in cui si è riscontrato l'alveolo polmonale in questi tagli istologici verrebbero solo a dimostrare, che la causa prima della malattia debba ricercarsi in una forma di catarro bronchiale cronico, di lunga durata, da dover essere essenzialmente di stimolo alla prolificazione degli epiteli bronchiali in prima, da spingerli ad una proliferazione atipica, che ha avuto per termine poi una invasione carcinomatosa del polmone.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Per la diagnosi precoce di tubercolosi polmonare.

(G. MacLeod Munro. *The Practitioner*, aprile 1925).

Il successo nella lotta contro la tubercolosi rimane in fondo affidato al medico pratico ed alla diagnosi precoce che esso può fare. È quindi molto importante che questi sappia conoscere a tempo la malattia senza fondare la diagnosi soltanto sui segni fisici come si tende ancora a fare oggi. Invece si deve tener conto della sintomatologia come dei segni fisici se si vuole arrivare a quella diagnosi precoce che ha la massima importanza per il successo del trattamento come per tutto l'avvenire economico del paziente. In una malattia, come la tubercolosi in cui, per gli stretti rapporti fra fenomeni anatomici e clinici, il paziente può presentare un complesso sintomatico diverso a distanza di poche settimane, si può arrivare ad interpetrare il quadro clinico soltanto con una ponderata considerazione di tutti gli elementi e con un abile giudizio sintetico. La presenza del bacillo di Koch nello sputo, che era considerata come decisiva, va ora ritenuta troppo tardiva e talvolta fallace nel senso che vi possono essere, sia pure rari, dei portatori di bacilli del tutto sani. Anche in riguardo ai segni fisici le nostre idee sono mutate; mentre un tempo si riteneva come un segno di malattia incipiente il prolungamento della fase espiratoria o la presenza di un respiro bronchiale o tubario, oggi si sa che questi segni o possono trovarsi anche in toraci del tutto normali o sono piuttosto tardivi.

Nell'esame fisico sono stati introdotti alcuni raffinamenti; così si è rilevata la grande utilità dell'ispezione e della palpazione che l'A. assevera essere stata sviluppata specialmente dagli americani, mentre è notevole sotto tale punto di vista il contributo degli italiani, particolarmente della scuola napoletana. Una volta questi metodi di esame si limitavano alla ricerca del fremito vocale tattile, che ora invece si considera di scarso valore. Si rivolge invece ora l'attenzione ai riflessi muscolari che si rivelano con una specie di ritardo, se limitato ad un apice il quale tradisce con la sua presenza delle alterazioni molto tempo prima che esse siano indicate dalla percussione o dall'ascoltazione. I dati rilevati dalla ispezione possono essere confermati dalla palpazione, fatta leggermente con la pnuta delle dita, la quale fa conoscere lo spasmo riflesso muscolare dello sternomastoideo, degli scaleni ed anche della porzione superiore dei pettorali. Il dito, opportunamente educato, apprezza in tali casi una sensazione di resistenza muscolare in contrasto con la sensazione molle ed elastica del muscolo in tensione normale. Anche i cambiamenti nel trofismo dei muscoli del cingolo toracico e lo stato dei tessuti sottocutanei possono in tal modo essere messi in evidenza. Secondo qualche autore, anzi, la palpazione leggera ha largamente sostituito la percussione; sotto tale punto di vista si deve notare che si può trovare una distrofia dei muscoli dal lato dove la malattia dura da più lungo tempo ed invece uno spasmo muscolare reflesso dal lato opposto dove la malattia è di data più recente.

Anche la tecnica della percussione si è di molto migliorata soprattutto nel senso di eseguirla assai leggermente. Bisogna però tener presente che in generale i cambiamenti locali alla percussione non hanno grande significato; è assai discutibile se realmente vi sia un cambiamento apprezzabile nella percussione dell'area di Krönig nei primi stadi della tubercolosi. Grande importanza è stata attribuita invece alle zone di diminuzione di risonanza messe in rilievo per primo da Abrams, le quali costituirebbero uno dei primi segni di tubercolosi polmonare attiva, con origine puramente riflessa. In realtà però l'A. non ha mai po-

tuto rilevare con tale metodo di esame dei risultati attendibili.

Ad ogni modo, il medico si espone ad errori gravi per la propria riputazione e per il benessere del paziente quando fa diagnosi di tubercolosi basandola sopra certi segni fisici limitati, mentre la malattia non esiste e così pure quando tiene in scarsa o punta considerazione per la diagnosi la sintomatologia presentata dal paziente. L'esagerata importanza attribuita ai segni fisici porta al sanatorio molti individui del tutto sani, mentre trascurando il significato dei sintomi accade talvolta che un brutto giorno la tubercolosi si riveli con una subitanea emottisi.

Bisogna riconoscere che la valutazione esatta del significato dei sintomi non è cosa agevole. Essi rivelano uno stato di tossiemia che può anche esser dovuto ad altre cause. Talvolta sono chiari e mettono subito sulla strada della diagnosi, altre volte invece le informazioni date dal paziente deviano l'attenzione del medico. È quindi necessario esaminare particolarmente ognuno dei sintomi rivelatori di una tossiemia per vedere quali possano considerarsi in certo modo specifici per la tubercolosi.

1) *La febbre.* La maggior parte degli individui sani ha, al mattino una temperatura di 36°,2-36°,3, arrivando alla sera ad un massimo di 37°. L'entrata di tossine nella corrente sanguigna porta uno squilibrio nel meccanismo regolatore del calore, cioè che fa variare la temperatura, la quale però può evidentemente variare anche per altri fattori. È poi importante che la temperatura sia presa per due o tre settimane ad intervalli regolari di due ore, evitando di prenderla subito al ritorno da una passeggiata o dopo l'esposizione al freddo. La temperatura orale può variare specialmente negli individui che respirano con la bocca; in ogni caso il termometro deve essere tenuto in bocca almeno per sette minuti. Più rapida da prendersi e più sicura è la temperatura rettale. Assodato che vi sia realmente un aumento di temperatura, non è ancor detto che si tratti di tubercolosi; altre numerose tossiemie possono provocare tali elevazioni, fra cui le sinusiti, i disturbi appendicolari, ecc., senza contare che in persone nervose si osservano spesso notevoli alterazioni della curva termica. Un segno che indica la probabile infezione tubercolare è la temperatura mattutina (presa prima di alzarsi) costantemente più elevata che la normale. Altra caratteristica dei tubercolosi è la febbre provocata da un esercizio fisico normale.

2) *Il malessere.* Il paziente si sente più stanco che di solito; il suo lavoro normale ed anche i divertimenti sono compiuti, ma con un certo sforzo. Vi è inoltre come un'avversione per gli esercizi di ogni genere ed una specie di languore, specialmente al mattino.

3) *I disturbi circolatori.* Raramente questi danno sensazioni anormali. Anche la tachicardia, che si trova nel 90 % delle tubercolosi iniziali, si traduce di raro obbiettivamente; è anch'essa di origine tossiemica ed è da attribuirsi allo stimolo eccessivo del simpatico, mentre la instabilità del polso, che pure è caratteristica dei tubercolosi, è dovuta alla combinazione degli stimoli del vago e del simpatico. L'abnorme frequenza del polso, in assenza di ogni condizione febbrile o di vizi cardiaci, che aumenta al minimo esercizio ed anche sotto l'influenza di un poco di tosse, è certamente uno dei segni più sicuri di infezione tubercolare. Spesso poi accade che la frequenza del polso, salita eccessivamente dopo un lieve esercizio, si vada abbassando assai lentamente. Anche l'ipotensione del polso è uno dei segni a cui si deve porre la maggiore attenzione, perchè lo si trova in molti casi.

4) *I sintomi gastrointestinali.* Sono di carattere non costante, ma presenti in molti casi; talvolta anzi dominanti. Più che di anoressia, si tratta di appetito capriccioso, talora vivace nonostante la febbre. Come sospetto deve considerarsi sempre lo sviluppo di una gastrite in giovani senza alcuna causa apparente; così pure mette sulla buona strada per la diagnosi la perdita progressiva di peso.

5) *Sistema nervoso.* Quel gruppo di sintomi che va sotto il nome di psicastenia e di neurastenia può essere soltanto premonitore della tubercolosi polmonare e continuare per degli anni prima che questa dia segni evidenti. Quasi caratteristici sono il senso di stanchezza, il disgusto per ogni occupazione a cui si è accennato, una notevole irritabilità mentale e le variazioni di carattere. Si notano inoltre cefalee, dolori spinali, vertigini, che indicano l'effetto delle tossine sul sistema nervoso. Non sono rari i dolori alla clavicola, spontanei o risvegliati dalla palpazione profonda, i dolori alle spalle che si irradiano alle braccia, la raucedine transitoria a cui i pazienti non fanno caso. Bisogna soprattutto tener presente che la tubercolosi può mascherare qualsiasi altra affezione dei grandi sistemi, prima che l'attenzione venga richiamata al polmone.

I diversi e svariati sintomi che il paziente accusa vanno vagliati con cura per poter arrivare ad una diagnosi, per la quale nei primi stadi non si ha nessun aiuto nè dalla presenza di tosse o di emottisi, nè dall'esame radiografico o da quello dell'espettorato. L'anamnesi familiare può essere utile, ma maggiormente lo sarà quella individuale che deve comprendere ogni particolare su ogni malattia fin dall'infanzia; naturalmente la storia

della malattia attuale ha la massima importanza e si potrà così arrivare dal complesso di sintomi, ognuno di per sè poco significativo, ad una diagnosi molto prima che ne diano conferma l'esame radiografico o quello dell'espettorato.

FILIPPINI.

L'origine dei dolori toracici nella tubercolosi polmonare incipiente.

(I. KNOTZ. *Wiener klin. Wochenschrift*, 16 luglio 1925).

Accanto ai consueti metodi di esame si viene ora diffondendo fra i pratici la ricerca di certi segni lievi per la diagnosi di tubercolosi polmonare incipiente; trattasi per lo più di dolori spontanei o provocati dalla pressione su determinati punti del torace che compaiono precocemente nella tubercolosi polmonare. Le opinioni sull'origine di tali dolori variano secondo i diversi autori che si sono occupati dell'argomento. Secondo Stähelin essi sono da riferirsi a modificazioni della pleura che talvolta si palesano all'ascoltazione, mentre i dolori più diffusi che sono frequenti specialmente nelle bronchiti, sarebbero da attribuirsi a sforzi muscolari da tosse; spiegazione però che non soddisfa poichè essi non sono per nulla in rapporto con la frequenza e l'intensità della tosse.

Mackenzie li considera come una conseguenza di un riflesso visceromotore. In seguito ad irritazione centripeta che parte da un organo interno ammalato vengono tesi i muscoli del corrispondente segmento midollare (difesa muscolare) e ne conseguono dolori. Altri autori pensano che si tratti di una perineurite, la quale però può escludersi per il fatto che il plesso rimane sempre insensibile alla pressione.

L'A. considera l'insieme dei sintomi nell'apice polmonare e al di sopra di esso come un'unità clinica e li mette in dipendenza con il focolaio polmonare. Questo si trova di consueto alla base del lobo superiore, più spesso del sinistro; il processo s'incammina poi per le vie linfatiche fino all'apice. Arriva per tal modo a dare degli essudati alla superficie della pleura in cui si formano le prime aderenze, anche se non è percepibile alcuno sfregamento. Da questo essudato e da queste aderenze, le tossine vanno verso la parete toracica e, prima di tutto, ai muscoli vicini, nei quali si ha una tumefazione infiammatoria di origine tossica ed una dolorabilità.

Tale sintomo della tubercolosi apicale iniziale ha quindi la sua origine in una pleurite dell'apice e va considerato come una malattia tubercolare della cappa muscolare della spalla, come un reumatismo tubercolare di tali muscoli. Da ciò quindi la tensione e la rigidità di cui parlano gli autori che corrispondono alla difesa muscolare e trovano analogia con la tensione e la rigidità che si hanno in altre forme di reumatismo. I dolori permangono per diverse settimane e subentra l'atrofia che, secondo la teoria della difesa (1) sarebbe la conseguenza dello sforzo durato a lungo. Nel concetto dell'A., l'atrofia dei muscoli della spalla sarebbe la conseguenza delle lesioni muscolari indotte dalla miosite tossica tubercolare, come si verifica anche l'atrofia muscolare in altre forme di reumatismo. La miosite poi scompare quando, scomparso il processo pleuritico, non si ha più produzione locale di tossine e quando, per l'organizzazione delle aderenze, le vie di comunicazione sono diventate meno agevoli.

Si spiegano così la tensione ed i dolori nella muscolatura della spalla, nonchè la sensibilità del trapezio del gran pettorale e l'atrofia consecutiva.

Il punto di partenza di queste considerazioni è stato per l'A. la osservazione di un punto doloroso alla pressione in tutti i casi iniziali e nelle ricadute; tale punto si trova verso la metà della testa omerale dal lato affetto; il dolore è così vivo che gli ammalati danno un grido e si tirano indietro. Tale punto doloroso non si trova nel grande, ma bensì nel piccolo pettorale che nella regione indicata si trova coperto dal gran pettorale; essendo più vicino alla parete toracica, esso viene per primo leso dalle tossine. Talora, come esito della miosite tubercolare tossica, rimangono per lungo tempo piccoli noduli dolorosi nel muscolo pettorale. I pazienti si presentano al medico accusando dolori al cuore il quale risulta sano, mentre è invece l'apice che è ammalato.

In parecchi casi, il dolore non si risveglia soltanto con la pressione, ma è anche spontaneo e scompare dopo alcune settimane col diminuire della pleurite apicale. Questo segno del piccolo pettorale è uno dei più precoci, compare molto tempo prima dell'ottusità e può essere di grande utilità per il medico; la sua diminuzione ed il suo aumento segnano corrispondenti regressioni o progressi del processo profondo.

Come i dolori muscolari toracici sono da considerarsi espressione di una miosite tossica, così anche la sensibilità del frenico è da riferirsi ad una perineurite tossica, la sensibilità delle spine vertebrali dalla terza alla settima è da attri-

(1) Secondo Mackenzie, l'organismo tenderebbe a difendersi rendendo più salda la parete muscolare sulla parte ammalata per meglio proteggere l'organismo.

buirsi ad una periostite tubercolotossica e la comparsa di piccole ghiandole linfatiche al margine posteriore dello sternocleidomastoideo, nella cavità ascellare e negli spazi intercostali ad una linfadenite da tossine tubercolari.

FILIPPINI.

La frenicotomia in malattie varie del polmone e della pleura.

(MORONE. *Boll. d. Soc. Chir.* Pavia, 1925, fasc. 1°).

Dopo la proposta dello Stüertz (1911) di ottenere il collasso del lobo inferiore del polmone e di sottrarlo alla distensione inspiratoria mediante la sezione del frenico, la terapia chirurgica della tubercolosi polmonare acquistava un nuovo mezzo che per quanto ostacolato da Hellin fu convalidato da studi ed esperimenti specialmente del Sauerbruch e della sua scuola che dalla semplice sezione giungeva all'idea di una resezione la più ampia possibile. L'A. ha operati 54 casi principalmente tubercolosi polmonari con aderenze pleuro-parietali estese, tali da non permettere applicazioni del pneumotorace terapeutico; bronchiectasie, ascessi polmonari, deformazioni gravi del mediastino per aderenze. Dapprima si limitava a praticare la resezione di 2 cm. del nervo nel suo tragitto cervicale poi ha asportati 8-10 cm. circa ed infine ha praticata l'asportazione totale del frenico secondo Felix. Ha compiuto l'operazione con anestesia locale mediante incisione lungo il margine posteriore dello sterno cleidomastoideo, rintracciando sulla guida dello scaleno anteriore il nervo nell'angolo tra lo sterno cleidomastoideo ed il muscolo omo-ioideo. È da rilevare che molte volte esiste un frenico accessorio che si stacca dal nervo principale in vicinanza dell'origine di questo e ad esso si devono i casi di insuccesso diverse volte riscontrato nella letteratura. L'estirpazione completa fu eseguita facendo arrotolare il capo periferico del nervo reciso sulle branche di una pinza Pean.

Gli effetti che conseguirono alla frenicotomia furono innalzamento del diaframma, specialmente nella metà sinistra, e immobilità di esso, riduzione della base dell'emitorace del lato operato, riduzione e compressione del polmone in qualche caso simile a quella del pneumotorace. In alcuni malati si verificò subito senso di benessere, scomparsa della tosse, diminuzione dell'espettorato, cessazione di emottisi e della febbre, miglioramento dell'appetito, senso di euforia. In altri si ebbe un rialzo termico, un aumento dell'espettorato cui seguì poi un periodo di miglioramento, in altri infine non si verificarono le modificazioni favorevoli post-operatorie. Questi erano specialmente infermi con lesioni bilaterali. Gli esiti lontani a distanza di circa un anno e mezzo sono abbastanza soddisfacenti per le tubercolosi ma non duraturi in tutti. Il successo fu pronto e permanente nei casi di deformità toraciche e mediastiniche da aderenze.

In conclusione crede che la resezione del frenico esercita una grande efficacia palliativa sempre o quasi sempre, spesso tale da permettere una evoluzione assai favorevole della tubercolosi polmonare.

Essa deve essere adoperata in quei casi in cui non è indicato il pneumotorace terapeutico che certamente deve essere preferito.

BR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CARLO DE GREGORIO. *Sindromi ipofisarie.* Roma 1924. Prezzo L. 15.

L'apparato ipofisario, per la sua complessità anatomica, per i rapporti complicati glandulari e nervosi, per la sua situazione anatomica, che ne rende difficile l'esplorazione clinica e sperimentale, per l'importanza oramai non più discussa in molteplici sindromi morbose, costituisce e per il clinico e per l'endocrinologo uno degli scogli più difficili a superare, ma uno dei problemi più attraenti e di attualità. Anatomia, fisiopatologia, clinica dell'ipofisi sono capitoli in evoluzione in molta parte ancora non decisi: ingrato compito quello di riassumere, di criticare, e, in mezzo ai sentieri e ai meandri delle ipotesi e delle discussioni, trovare la via ampia che permetta un orientamento ragionato se non ancora razionale. Carlo De Gregorio ha affrontato tutte queste difficoltà col suo breve volume, nel quale ha voluto presentare al lettore italiano lo stato moderno degli studi sulla ipofisi. Breve il volume, che avrebbe potuto diventare mastodontico, pur che l'A. avesse avuto la facile pazienza di riportare tutta la farraginosa raccolta di ipotesi e di esperienze che sull'argomento sono pubblicate, breve ed interessante perchè quello che più si ammira nella trattazione è la facilità della sintesi duttile che non nuoce ma giova alla chiarezza del contenuto. Con lucida chiarezza infatti l'A. espone e l'anatomia microscopica, e l'anatomia della regione sopraipofisaria, e la fisiopatologia e la semeiologia, capitolo di grande interesse anche per il medico pratico. Nel dissidio ancora esistente circa la fisiopatologia delle glandole l'A. è fervente sostenitore della teoria neuroglandulare; tuttavia egli, nella esposizione delle sindromi morbose, adotta una classificazione clinica, senza pregiudicare il concetto patogeneti-

co; prudente e lodevole condotta fino a che le cognizioni non saranno chiare e concordi. Porta un contributo personale di casistica bene studiata e trova modo di mettere nel giusto rilievo l'opera importante degli studiosi italiani, facilmente dimenticata dagli stranieri.

Il pubblico medico italiano sarà grato al De Gregorio, che ha in breve volume concentrato una vera biblioteca moderna; il medico pratico nella italianità dello scritto e nella conseguenza delle deduzioni troverà spianata la strada per conoscere esattamente i termini di un importante capitolo di endocrinologia clinica moderna.

T. PONTANO.

R. A. TURPIN. *La tétanie infantile.* Un vol. di pag. 224, 1925. Masson et C.ie, éd. Frs. 16.

La tetania infantile costituisce un argomento di grande attualità per il numero considerevole di studiosi che oggidì se ne occupano.

L'autore, con un lavoro ampiamente documentato, mette in giusta luce il valore delle ricerche fisico-chimiche del sangue, da cui scaturisce netta l'importanza patogenetica fondamentale delle variazioni dello ione calcio nel ricambio, connesse alle alterazioni dell'equilibrio acidi-basi.

Interessante è la valorizzazione diagnostica della misura della cronaxia, concetto elettro-fisiologico del tutto moderno, la quale dovrebbe sostituire, per la sua maggior precisione, la ricerca del classico segno di Erb.

In capitoli speciali sono poi studiate la tetania tireopriva e le tetanie sperimentali per iperalcalosi provocata.

Le indicazioni terapeutiche chiudono l'interessante volume, e sono anch'esse trattate con concetti assolutamente moderni, e in relazione ai dati patogenetici positivi generati dall'osservazione clinica e dalle ricerche di laboratorio.

M. FABERI.

M. LAEMMER. *Opothérapie clinique. Organothérapie. Formulaire.* Masson, 1925, 10 fr.

Come dice esplicitamente l'intestazione del libro esso è un Formulario. L'A. ha voluto per ciò seguire le direttive pratiche dei formulari elencando formule, prodotti e vie di somministrazione a seconda le malattie dei vari organi e tessuti. La lista dovrebbe sembrar molto breve ed invece è lunghissima poichè tutto o quasi l'organoterapia ha tentato di curare. Ciò non toglie utilità e chiarezza al volume. In una prima parte sono esposti i principi generali di organoterapia per ciò che riguarda la forma dei vari prodotti, le dosi, le sinergie e le incompatibilità, le indicazioni, ecc.

In particolare sono suggerite le regole da seguire circa la durata e l'andamento delle singole cure. Trovano posto in questa parte alcuni cenni sui metodi di esplorazione funzionale delle varie gh. a secrez. interna da servire di base per una terapia opoterapica razionale.

D. M.

G. LAROCHE. *Opothérapie endocrinienne.* Masson, 1925, Fr. 12.

Il libro che il Laroche pubblica, per i suoi intendimenti e per il metodo con cui è condotto, troverà ogni favore tra i medici che vogliano conoscere più da vicino le basi scientifiche di una opoterapia endocrina.

Noi non ci schiereremo tra i fautori accesi e gli entusiasti ad ogni costo della opoterapia. Ma vogliamo far rilevare che le aprioristiche avversioni, spesso fondate solo sull'ignoranza, sono sconsiderate quanto i troppo facili entusiasmi. L'opoterapia conta pochi sicuri vantaggi e successi. Se bene pochi essi giustificano e rendono di obbligo la diffusione e la conoscenza della opoterapia endocrina. Tanto più questo a noi sembra giusto se si pensa che fra i prodotti opoterapici, *quando sono attivi*, se ne trovano di quelli che debbono esser dati a ragion veduta e sorvegliati attentamente negli effetti.

Il dott. Laroche ha opportunamente e con ottima sintesi fatto precedere alle conoscenze su ogni preparato opoterapico le nozioni di fisiologia e di fisiopatologia endocrina che sole possono guidare l'uso di questi prodotti nei singoli casi, e permetterne almeno senza danni la somministrazione troppo spesso eseguita a capriccio!

Circa 40 pagine del volume sono dedicate all'insulina.

D. MASELLI.

A. MARTINET. *Energétique clinique.* Masson. 1925. Fr. 35.

Questa opera del Martinet è stata pubblicata, dopo la morte dell'A., a cura dell'allievo ed amico il dott. G. Martingay.

L'ardito fine cui il Martinet ha in fondo mirato è stato quello di giungere, attraverso le conquiste più moderne di fisiopatologia del sistema nervoso vegetativo, di biochimica, di fisicochimica e di psicofisiologia e con lo studio dei fenomeni e fatti più solidamente stabiliti, ad una concezione sintetica di molti stati morbosi, a manifestazioni svariate ma a fondamento unico, che le ricerche contemporanee permettono di definire, interpretare, classificare. Scaturisce naturalmente, da queste vedute del Martinet, la terapia dei singoli casi. Terapia spesso, secondo il Martinet, sorprendentemente utile.

In ogni capitolo sono ricordati e discussi gli studi, i princìpi ed i metodi di ricerca adottati, per scopi clinici, in queste varie branche della

biologia di cui la clinica d'oggi non può fare a meno per la esatta concezione ed individualizzazione dei processi morbosi. È un libro per così dire di frontiera e che si legge con grande interesse.

D. MASELLI.

BRAUN. *Die örtliche Betäubung. Ihre wissenschaftlichen Grundlagen und practische Anwendung.* Edit. Johann Ambrosius Barth, Lipsia.

L'opera del Braun è nota ai chirurgi. Oggi egli la presenta nella sua settima edizione. Pregio fondamentale del lavoro è quello di seguire passo passo le conquiste dell'argomento. In quest'ultima edizione si trovano svolte profondamente — come nelle precedenti — le nozioni storiche sull'anestesia locale, le varie modalità di anestesia locale, le diverse sostanze medicamentose che hanno azione anestetica locale, e la tecnica generale e particolare per ottenerla. Vi si trova poi, come novità, il rifacimento del capitolo sull'anestesia per le operazioni al collo.

B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Il I Congresso internazionale pel soccorso al bambino.

Il Congresso internazionale del fanciullo recentemente tenuto a Ginevra, è riuscito uno dei più importanti del genere non tanto dal punto di vista scientifico (veramente non era un congresso per discussioni scientifiche!) quanto dal punto di vista sociale.

Vi sono intervenuti da tutte le parti del mondo i rappresentanti delle varie opere di assistenza all'infanzia ed i più illustri pionieri della difesa igienica e morale del fanciullo, allo scopo di intendersi sul modo migliore per ottenere che lo sviluppo fisico e morale del bambino avvenga da per tutto in modo fisiologico.

I temi proposti per la discussione generale erano a vero dire troppo numerosi (ben 16), e troppo vasti: si è cercato di rimediare a questo inconveniente dividendo il Congresso in tre sezioni: igiene e medicina; assistenza pubblica e previdenza sociale; educazione e propaganda.

In prima linea — non fosse altro che pel numero degli intervenuti — figuravano i delegati inglesi (oltre il centinaio), poi quelli francesi e quelli dell'America del Sud. Circa i 3/5 dei congressisti erano rappresentati da donne, e se ne comprende bene il motivo, trattandosi del bambino.

Gli italiani non hanno dimostrato molto interesse per questa riunione internazionale, e la stessa stampa si è limitata a brevi cenni pur troppo non sempre esatti. Eppure da noi le questioni che si riferiscono al benessere del bambino sono abbastanza studiate e prospettate presso la pubblica opinione e molte opere si compiono a suo vantaggio!

Dei 15 italiani intervenuti al Congresso 6 appartenevano alla delegazione ufficiale governativa: S. E. Paolucci de' Calboli presidente, il gr. uff. prof. Labriola, il comm. Sciti, ed i proff. Valagussa, Signorelli e Spolverini. Gli altri rappresentavano autorità locali ed opere private, tra cui il prof. Caronia, il maggiore Armani, la contessa Nora Balzani, la marchesa Firmaturi, la sig.ra Labriola, la sig.na Valagussa, la sig.ra Maraini, la dott.sa Sandesky, la sig.ra Treves.

È stato certo doloroso per noi constatare come di 4 italiani, che avevano accettato l'incarico di riferire su diverse relazioni generali, soltanto uno (Valagussa) siasi presentato, mentre gli altri tre sono rimasti assenti in maniera che le relazioni italiane, anche esse stampate in precedenza (checchè abbiano riferito con troppa facilità alcuni giornali) non sono state lette!

Del resto le varie relazioni, comunicazioni e discussioni di questo congresso eminentemente sociale non hanno nel complesso condotto ad idee nuove od a proposte originali, ma più che altro il convegno mirava allo scopo — come ha rilevato lo stesso prof. Delaquis, delegato della Confederazione Svizzera — di cercare di perfezionare e coordinare i vari mezzi e metodi già in pratica nei diversi paesi a pro dell'infanzia.

La delegazione italiana, che si era divisa il lavoro nelle varie sezioni, ha preso attiva parte nello svolgimento della discussione.

Alla 1ª sezione (*igiene e medicina*) le risoluzioni più importanti proposte si riferiscono: 1) alla necessità di istituire corsi superiori di puericultura insieme a scuole pratiche per ogni classe sociale per l'assistenza al bambino (tesi caldamente sostenuta dall'illustre e ben noto prof. Pinard); 2) alla instituzione di dispensari sociali a favore della maternità e dell'infanzia; 3) alla necessità della sorveglianza attiva sul latte animale consumato dai bambini; 4) alla grande utilità della cura dell'aria e del sole non solo per i bambini rachitici e tubercolosi (e la dimostrazione pratica fatta dall'illustre relatore dott. Rollier dei brillanti risultati ottenuti ha vivamente interessato ed impressionato i congressisti) ma in genere a scopo profilattico per tutti i bambini che frequentano le scuole.

In questa sezione il delegato italiano prof. Valagussa ha portato il suo notevole contributo nella questione dell'alimentazione del lattante e nella elioterapia. Anche il prof. Caronia ha comunicato le sue ricerche sulla profilassi antimorbillosa ed antiscarlattinosa ed il prof. Signorelli insistette sul fatto che il bambino deve vivere sempre vicino alla madre, di cui conviene egualmente occuparsi.

Notevoli sono state pure le discussioni verificatesi nella II sezione che si occupava dell'*assistenza e previdenza sociale*. Tra i voti più importanti emessi figurano quelli: 1) sulla ricerca della paternità; 2) sulla necessità che nei grandi centri si formino dei comitati speciali a favore della madre e del bambino pei vari generi di assistenza (a Roma già funzionano!); 3) sulla opportunità che non vi sia distinzione — per ciò che si rife-

risce all'assistenza — tra bambino legittimo, illegittimo ed orfano; 4) sull'utilità del controllo medico nell'infanzia e nell'adolescenza; 5) sull'opportunità che i bambini stranieri ricevano eguale assistenza, in caso di necessità, di quelli del paese di residenza; 6) sulla necessità sia che i bambini emigranti durante il viaggio invece che abbandonati siano assistiti e vigilati da una signorina diplomata nell'assistenza all'infanzia, e sia che vengano fatti studi sistematici ed inchieste sui metodi di alimentazione di questi bambini e sul loro stato di salute specialmente durante le traversate marittime.

Quest'ultimo ordine del giorno approvato dal congresso è stato integralmente proposto ed illustrato dai delegati italiani (prof. Labriola e prof. Spolverini) particolarmente designati a questa sezione per la discussione dei vari temi che interessavano in modo speciale il nostro Commissariato di emigrazione, il quale ha potuto dimostrare (come del resto ha riconosciuto nella seduta plenaria il delegato dell'Argentina S. E. Perez) di essere all'avanguardia nelle opere di previdenza a favore degli emigranti, comprese le donne ed i bambini.

Difatti nella 3ª sezione « *educazione e propaganda* » è stato facile al delegato comm. Sciti dimostrare come il Commissariato di Emigrazione mercè l'instituzione dei vari corsi popolari e professionali si sia validamente interessato di educare l'opinione pubblica nella protezione dell'infanzia e specialmente le madri e le infermiere visitatrici. Il congresso del resto ha giustamente riconosciuto il grande contributo che la donna ha ovunque portato all'opera di organizzazione e di propaganda in favore della maternità e dell'infanzia.

Inoltre, a proposito della formazione di un personale di previdenza sociale in favore dell'infanzia e dell'adolescenza è stata votata la risoluzione che i medici, le levatrici, le infermiere visitatrici, le assistenti dell'infanzia ricevano un'istruzione speciale in apposite scuole, che un personale, così specializzato, è indispensabile per la tutela dell'infanzia le cui instituzioni dovrebbero esserne fornite, e che debbono instituirsi nei vari paesi dei corsi di studio di previdenza sociale.

Su questa interessante questione il nostro delegato ufficiale prof. Signorelli ebbe agio di illustrare con molta competenza l'utilità della scuola di assistenza all'infanzia di S. Gregorio funzionante in Roma già da vari anni.

Parimenti il delegato prof. Spolverini mise in rilievo quanto si fa prima in Roma eppoi in Milano a tale riguardo, ed in particolar modo richiamò l'attenzione del Congresso sul nuovo insegnamento sociale, instituito recentemente dalla Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, per la tutela della maternità e dell'infanzia e degli operai in genere.

Dalla breve esposizione fatta sui lavori del Congresso è facile dedurre che molti dei voti emessi già avevano trovato in Italia pratica attuazione a favore del fanciullo, sia pure limitatamente a talune regioni. Disgraziatamente non si è potuto dare la sensazione, approssimativamente esatta di tutto quanto in realtà si compie da noi a favore dell'infanzia, giacchè l'Italia a differenza di tante altre nazioni (Germania, Argentina, Inghilterra), non ha presentato una pubblicazione riassuntiva al riguardo, nè ha preso parte *in alcun modo* all'esposizione internazionale, annessa al Congresso, di puericultura e di propaganda infantile; ciò che invece hanno fatto tutte le altre 47 nazioni partecipanti alla riunione.

Questa è stata una lacuna veramente deplorevole, mentre il materiale non sarebbe davvero mancato per uscirne con onore, solo che ci si fosse pensato! La nostra direzione generale di Sanità, tanto benemerita per svariate iniziative utili al benessere sociale, potrebbe, in vista dei continui congressi che si susseguono ovunque, instituire un ufficio di organizzazione e di coordinazione per la buona e completa riuscita dei medesimi.

Così pure è noto con quanto fervore in Italia specialmente talune instituzioni cattoliche si occupino a pro del fanciullo e quante opere facciano funzionare pel suo benessere materiale e morale. Sarebbe quindi stato desiderabile che, trattandosi di un congresso sociale avente per scopo una crociata a favore dell'infanzia, fosse stato messo in evidenza tutta questa grande opera di assistenza, educazione e propaganda; senza lasciare che *solamente* pastori di altre religioni mettessero in rilievo, anche in qualità di relatori ufficiali (Bentel, Mallery), l'opera che essi svolgono ed in particolare modo sulla questione 14ª: ricreazioni organizzate.

Del resto le instituzioni cattoliche già lavorano in ispecie attraverso le missioni, in tutto il mondo, pel benessere del fanciullo con buoni risultati, ed è facile prevedere che i risultati sarebbero ancora migliori e comunque più rapidi se i missionari stessi potessero, oltre al resto, ricevere anche una preventiva adeguata istruzione sia sopra alcune norme di igiene infantile, ed assistenza sanitaria all'infanzia, e sia sui concetti di previdenza sociale.

Il Congresso ha emesso anche il voto che le Università creino le cattedre di previdenza sociale. In Italia, sarebbe più logico che di tale problema se ne incaricasse specialmente l'organo più competente, vale a dire la Cassa Nazionale delle Assicurazioni sociali, sia pure previ accordi con altri enti (talune università e provincie, in numero però limitato). Indubbiamente l'argomento merita tutta l'attenzione in vista della sua grande importanza.

L'Italia deve ancora molto operare a vantaggio del fanciullo ed in specie del bambino; deve cercare di proteggerlo e difenderlo dalle numerose malattie che ne insidiano la salute, deve tendere con ogni mezzo a spendere il danaro per farlo crescere sano piuttosto che curarlo quando è malato. In nessun altro caso corrisponde tanto al vero, come pel bambino, il detto « meglio prevenire che reprimere le malattie ». Di questa grande verità dovrebbero essere convinti tutti gli Italiani: auguriamoci che la nuova legge a pro dell'infanzia ci avvii verso questa mèta così desiderata.

Prof. SPOLVERINI,
Ordinario di Clinica Pediatrica.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sul respiro periodico.

Golwitzer-Meier (*Deutsche med. Wochensch.*, numero 24, 1925) rileva che il respiro periodico viene oggi generalmente attribuito a mancanza di ossigeno che può essere centrale locale oppure generale. Difatti i tessuti e liquidi organici non riescono a compensare improvvise alterazioni della tensione dell'ossigeno, come lo fanno invece nel caso dell'acido carbonico per merito del bicarbonato in essi contenuto. Il contenuto del sangue in gas nel corso del respiro periodico varia notevolmente a seconda delle condizioni che hanno determinato questa modalità di respiro. Così il contenuto del gas nel sangue può essere normale quando il respiro periodico sia in rapporto con deficienza locale di ossigeno nel centro respiratorio in seguito a disturbi dello scambio tra questo centro e il sangue.

Uno di questi casi è riferito dall'autore in un uomo di 65 anni colpito da un attacco apoplettico. Non appena il respiro periodico determinava un'iperventilazione, la reazione del sangue si spostava verso il lato alcalino, la tensione carbonica diminuiva, la tensione dell'ossigeno aumentava.

Se invece una deficienza generale dell'ossigeno ha determinato il respiro periodico, come in due casi osservati dall'autore di intossicazione morfinica di un meningitico tubercolare e in un caso di glomerulonefrite cronica con uremia (deficienza di ossigeno da insufficiente ventilazione per diminuzione dell'eccitabilità del centro respiratorio) aumentano la funzione dell'acido carbonico e la concentrazione di joni di idrogeno.

POLL.

Sulla diagnosi differenziale tra appendicite acuta e polmonite iniziale.

La diagnosi differenziale tra appendicite acuta e polmonite basale, dice L. Brockmann (*Practitioner*, agosto 1924), può essere particolarmente difficile nei primi stadi, specie nei bambini. Nel periodo iniziale della polmonite non è evidente l'alitare del naso, nè l'arrossamento unilaterale della faccia, nè si ha un notevole aumento della frequenza respiratoria. L'esame fisico del torace non mette in evidenza nulla di caratteristico, mentre nella metà destra dell'addome si può notare evidente difesa muscolare e dolorabilità.

Parla contro l' appendicite una temperatura di 39°, o più. La frequenza del polso, nei primi stadi, non ha grande valore diagnostico differenziale; parla per la polmonite il *pulsus ondosus*, che nell'appendicite si può avere, ma in un periodo ulteriore. Così pure una leucocitosi di almeno 25,000 per mmc. in periodo iniziale, parla nettamente per la polmonite.

Un segno incostante, ma di qualche valore, è dato dal comportamento del muscolo obliquo esterno nelle profonde respirazioni: in esso si produce uno spasmo riflesso nelle fibre più alte in caso di polmonite, in quelle più basse in caso di appendicite.

La rigidità dei muscoli addominali è più marcata in casi di lesioni peritoneali, onde i movimenti respiratori dell'addome risultano diminuiti o aboliti, ciò che non accade, o in misura assai minore, nelle lesioni pleuropolmonari della base del torace.

In qualche raro caso coesistono polmonite e appendicite pneumococcica, e la diagnosi esatta delle due lesioni è quasi impossibile all'inizio.

DORIA.

Le difficoltà della diagnosi di tubercolosi delle ghiandole bronchiali.

E. Friedman (*Boston med. and. surg. journal*, 14 maggio 1925) richiama l'attenzione sullo stato veramente caotico in cui si trova la questione della diagnosi di tubercolosi delle ghiandole bronchiali. Egli ha raccolte 50 radiografie in serie, prese su bambini di un preventorio di Boston e le ha sottoposte all'esame di tre eminenti radiologi della città. I pareri furono concordi soltanto in 14 casi in cui vennero riconosciute normali (secondo un altro radiologo tutte le radiografie mostravano modificazioni patologiche).

Nè maggiore concordanza si trova nel giudizio sui fenomeni clinici. Il segno di D'Espine consiste, come è noto, nell'ascoltazione della voce susurrata posteriormente lungo la trachea; normalmente il rumore tracheale e la chiarezza della voce susurrata cessano a livello della settima dorsale, mentre si avvertono più in basso fino alla quinta dorsale nel caso di ingrossamento delle ghiandole tracheali. Ora la ricerca di questo segno, fatta in 53 bambini, ha dato risultati sconcordanti; in alcuni casi un medico lo avvertiva alla quinta dorsale, mentre un altro lo localizzava alla seconda o viceversa; alcuni medici lo trovarono leggermente positivo in 2 casi, mentre altri in 18. In 27 casi su 85 osservazioni, poi, vi fu discordanza fra detto segno ed i reperti radiologici. Se ne deve concludere che le notevoli variazioni di questo segno gli tolgono molto della sua utilità e che esso è ben lungi dall'essere patognomonico dell'ingrossamento delle ghiandole bronchiali.

Nemmeno l'ottusità paravertebrale o parasternale costituiscono un segno importante per la diagnosi, in quanto che sono state riscontrate raramente in bambini che dai radiologi erano stati dichiarati sospetti di tubercolosi dell'ilo.

Il segno di Eustachio-Smith consiste nell'ascoltazione di un rumore continuo sulla parte superiore dello sterno quando il collo del bambino è stirato indietro quanto più possibile; può considerasi come leggermente positivo se il rumore non è continuo. Esso si trova anche in bambini dal collo corto e senza ingrossamenti ghiandolari; può considerarsi di scarso valore diagnostico.

In complesso dunque, la diagnosi della tubercolosi dell'ilo si trova in uno stadio di dubbio e di incertezza. I così detti segni sono infidi ed i reperti radiologici hanno scarso valore. La diagnosi va dunque basata sulla anamnesi, sulla esposizione all'infezione, sulla cutireazione positiva e sui sintomi e segni costituzionali.

fil.

CASISTICA.

Complicazioni oculari della febbre tifoide.

Sono piuttosto rare e consistono specialmente in congiuntiviti banali, catarrali o flittenulari, ma soprattutto in una vera xeroftalmia che può portare complicazioni corneali (ascesso ad andamento rapido, cheratomalacia) con inevitabile perdita dell'occhio. Queste lesioni si hanno nei tifosi comatosi che rimangono parecchi giorni con gli occhi aperti senza l'ammiccamento protettore delle palpebre. Sono anche state segnalate delle congiuntiviti da bacillo di Eberth, per proiezione accidentale di colture del bacillo, affezioni che sono guarite in otto giorni.

H. Villard (*Montpellier médical*, 1° gennaio 1925) ha osservato una dacriocistite cronica ed una periostite della testa dell'unguis sopraggiunte nel periodo della convalescenza della tifoide. Sono stati pure segnalati il flemmone dell'orbita e delle obliterazioni dei vasi orbitali con conseguente gangrena secca dell'orbita, poi di metà della faccia seguita da morte.

Una delle più frequenti complicazioni è la cheratite ulcerosa, molto grave. Si possono avere anche delle cheratiti flittenulari banali che guariscono rapidamente; è stato anche possibile riprodurre sperimentalmente nelle cavie una cheratite tifica a rapida guarigione.

Rarissime sono le alterazioni del tratto uveale. Alcuni autori hanno riportato casi di coroiditi, iridocicliti, corioretiniti che sarebbero state consecutive alla tifoide.

fil.

Sulla ereditarietà della retinite pigmentosa.

Borrello (*Annali di Oftalm. e Cl. Ocul.*, 1924, fasc. 1-2), dopo aver ricordate le osservazioni di Darier, Snell (29 affetti di retinite su 42 discendenti da un retinitico, in 5 generazioni), Nettleship (in 6 generazioni 16 affetti da retinite e 32 da cateratta), Oliver (13 casi in 2 generazioni), accenna alle sue osservazioni personali e constata che:

1) l'ereditarietà ha importanza indiscutibile nella trasmissione della retinite pigmentosa:

2) nella trasmissione non vi è prevalenza di sesso;

3) si può avere trasmissione diretta o alternata;

4) i matrimoni consanguinei tra i discendenti con predisposizione ereditaria alla retinite pigmentosa sommano la potenza ereditaria aumentandone i casi nelle generazioni discendenti.

PERSIA.

TERAPIA.

L'azione contraria dei medicamenti.

Vi sono dei medicamenti che, ad alte dosi, producono effetti contrari a quelli che si hanno a dosi piccole. È questa del resto una legge che si può ritenere generale e che si applica anche agli alimenti che, presi in quantità giusta, assicurano la nutrizione, mentre in quantità eccessiva possono avvelenare.

I rimedi hanno azione specifica; quando si oltrepassa la dose curativa, si hanno dei disturbi di ordine tossico e, ad una certa dose, la morte. Tale dose è quella che i trattati chiamano massima, di cui però la conoscenza ha poca importanza per il medico al quale interessa soprattutto la dose curativa. Ora, se la causa del male è accessibile e si può mettere in atto la medicazione specifica, la dose curativa sarà elevata fino a toccare i limiti della tossicità. Ben altrimenti si deve invece agire quando si faccia semplicemente una medicazione sintomatica, poichè allora ci si dovrà contentare di dosi più basse di quelle indicate dai trattati, in quanto che, altrimenti, si potranno avere degli effetti contrari a quelli che si desiderano. P. es., il caffè, che normalmente è eccitante, può a dosi minime avere un effetto calmante; l'alcool che a dosi basse è eccitante ha invece un effetto depressivo se dato ad alte dosi.

Analoghe azioni si hanno con i medicamenti. Il solfato di sodio, che a dosi di oltre 5 grammi è lassativo, dà costipazione se somministrato a dosi di 20 cg.-1 grammo. Il sottonitrato di bismuto ha effetto costipante fino a 5 grammi e può in-

vece averlo purgante a dosi di 10 grammi. C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 25 luglio 1925) consiglia nelle gastralgie di non oltrepassare gli otto grammi al giorno, sotto pena di vedersi produrre dei disturbi diarroici.

Ancor più importanti sono queste considerazioni per la digitale che troppo spesso viene prescritta irrazionalmente ed a dosi eccessive. Le alte dosi di digitalina possono esagerare la fibrillazione auricolare ed esercitare un'influenza dannosa nei miocardi debilitati. Il pericolo incomincia quando si danno le 10 gocce al giorno e può essere grave al di là delle 20. Il miocardio giovane può resistere alle alte dosi, ma a partire da una certa età è facile avere una distensione acuta.

Quanto alla chinidina, di cui si è abusato nel l'aritmia completa, si può affermare che essa ha provocato non poche morti. Non sono rari i malati che hanno sincopi con dosi di 60 cg. che spesso sono in pratica raddoppiate con il grave pericolo di sopprimere un disturbo che non incomoda il malato per sostituirlo con una tachicardia e talvolta con un abbattimento definitivo del cuore. Si deve tener presente che la chinina e la chinidina sono dei paralizzanti del cuore a dosi che oltrepassano i 20-30 cg. Nei cardiaci, è consigliabile la vecchia formola di Huchard: cloridrato di chinino cg. 5; solfato di sparteina mg. 25; estratto di convallaria q. b. per una pillola. Da prenderne una mattina e sera specialmente nell'intervallo delle cure digitaliche. L'azione paralizzante si cambia in tonica.

Al contrario della medicazione causale, in quella sintomatica, l'azione terapeutica, invece di aumentare con le alte dosi diminuisce o si inverte. È questa conoscenza dei risultati contrari che metterà il medico prudente in grado di non provocare delle catastrofi. *fl.*

Indicazioni e posologia dell'adrenalina.

Affezioni mediche. Nei disturbi delle capsule surrenali, l'estratto totale delle ghiandole surrenali agisce meglio che la sola adrenalina, dato in dosi corrispondenti a 20-40 cg. di surrenale fresca. L'adrenalina riesce bene contro l'ipotensione arteriosa; nei casi di astenia, la si prescrive a dosi di 30 gocce al giorno o di 20-40 cg. di polvere surrenale. Le crisi d'asma sono scongiurate con l'uso di adrenalina ad alte dosi; 1/2-2 mg. per iniezione, 3-4 mg. per via gastrica. Il rimedio è curativo per l'accesso e, secondo Sergent, impedisce il suo ritorno se somministrato per 5-8 giorni di seguito; tali risultati però non sono confermati da altri (*Journal des praticiens*, 25 luglio 1925).

Nelle affezioni delle vie digerenti, l'adrenalina regolarizza le contrazioni degli ipertonici, provocando una più rapida evacuazione dello stomaco. Nelle emottisi non è indicata, poichè, ad una fase di vasocostrizione, segue quella di vasodilatazione che è dannosa. Invece essa è utile nelle emorragie delle vie digerenti, a dosi di 10-20 gocce, unatre volte al giorno; l'azione però è soltanto temporanea.

Secondo le indicazioni di Bossi, l'adrenalina è consigliabile nella osteomalacia, fino a 1/2-1 mg. al giorno per iniezioni. Utile è nei vomiti della gravidanza, a dosi di 10-30 gocce al giorno o come iniezioni di siero glucosato (125 cmc.) a cui si aggiunge 1/2-1 mg. di adrenalina.

La si usa, come preventivo delle crisi nitritoidi; 30-120 gocce per bocca, mezz'ora prima della iniezione, oppure iniezione endomuscolare di 10-20 gocce, diluite in 2 cmc. di siero artificiale. Contro la crisi nitritoide già manifesta, si fa l'iniezione endomuscolare di 1-3 mg. e, dopo con la stessa siringa (contenente quindi tracce di adrenalina) si fa una iniezione endovenosa di un po' di soluzione fisiologica.

L'adrenalina costituisce uno dei migliori agenti contro lo « shock » ed il collasso, per iniezioni di 1-2 mg. che sono state fatte con successo anche intracardiache, nelle sincopi anestesiche ed in quelle delle difteriti gravi e della pertosse.

Affezioni chirurgiche. Si è associata l'adrenalina agli anestetici locali (cocaina, novocaina), in cui però essa aumenta la tossicità della cocaina. Non si debbono quindi oltrepassare dosi deboli: 10 gocce per 100 cmc. di soluzione di novocaina a 1/200. Bisogna guardarsi dall'usare tale rimedio nei basedowiani, negli ipertesi, negli individui cloroformizzati, in cui si può avere la morte per fibrillazione auricolare.

Oftalmologia. La si può bene associare agli anestetici. Per l'estrazione di corpi estranei, si instilleranno, a più riprese 2-3 gocce di una soluzione con 10-30 cg. di cloridrato di cocaina, 10 gocce di adrenalina in 10 cmc. di acqua distillata. Per operare senza sangue, gli oftalmologi usano iniezioni di novocaina-adrenalina (20 cg. della prima e 10 gocce della seconda in 10 cmc. di siero fisiologico, per 10 fialette).

Le iniezioni retrooculari di tale miscela fanno abbassare, nei casi di glaucoma, la tensione del globo oculare. Nelle congiuntiviti acute, si instilleranno, mattina e sera 1-2 gocce di una soluzione con: solfato di zinco, novocaina, ana cg. 10; adrenalina gocce 10; acqua distillata cmc. 10.

Rinologia. Si prescrivono spesso delle polverizzazioni nasali con 10-20 gocce di adrenalina in 20 cmc. di soluzione di cloridrato di cocaina a 2 %. Si può anche utilizzare la pomata: adrena-

lina gocce 10-20; cloridrato di cocaina cg. 40; vaselina g. 20.

In tutte le prescrizioni sopra riportate, per adrenalina s'intende la soluzione del cloridrato ad 1 ‰.

fil.

Il derivato formilico dell'acidometa-amino-para-oxi-fenil-arsinico (Treparsol) nel trattamento dell'amebiasi.

Dopo iniziatosi l'uso dell'emetina nella cura della dissenteria amebica si potè comprovare la sua azione mediocre sulle forme cistiche e la resistenza di certe dissenterie alla detta terapia. Venne, per riforzare il potere dell'emetina, l'associazione degli arsenobenzoli sia per via endovenosa, sia per via orale con tutti i suoi inconvenienti. Il metodo classico attuale sembrerebbe esser la cura emetinica, più il novarsenobenzolo. Più recentemente si è dimostrato che si può sostituire il *narsenol* (novarsenobenzolo in capsule) collo *stovarsolo* che agirebbe più energicamente sulle lesioni intestinali. Però in questi ultimi mesi in Francia si è vantato il derivato formico dell'acido meta-amino-para-oxi-fenil arsenico, già utilizzato per via orale nella cura della sifilide.

I privilegi di questo preparato sono i seguenti:

1) Proporzione più elevata d'arsenico. 2) Eliminazione più regolare e più lenta. S'inizia il giorno stesso della somministrazione ed è completa dopo tre giorni. 3) Azione locale e generale. Il nuovo preparato nel trasformarsi in sali solubili nello stesso intestino ha una azione diretta sui parassiti. Questa azione sulla mucosa intestinale e la sua penetrazione nel fegato sono anche argomenti in favore del potere sulle lesioni della amebiasi epatica.

Il primo metodo di cura è più diretto alla dissenteria amebica acuta; si pratica con una iniezione (il primo giorno) di 8 centg. di cloridrato di emetina in soluzione recentemente preparata al 4% d'estratto d'ipecacuana; i sei giorni seguenti 12 centg. e l'ottavo giorno 8 centg.; nello stesso tempo si dà mattino e sera una compressa di 25 centg. di preparato arsenicale in un poco di acqua. Finito questo periodo si danno durante 4 giorni, una volta al mattino o in due volte, quattro compresse (1 gr. *pro die*) del prodotto arsenicale. Se è necessario si fa una terza cura analoga dopo tre giorni di riposo.

Nei casi osservati e seguìti, la scomparsa delle amebe e delle cisti è stata per così dire immediata e definitiva. Le dissenterie croniche hanno reagito anche in un modo rapido colla nuova terapia arsenicale. In questi casi il Treparsol si prendeva per serie di 4 giorni settimanali durante 6 a 8 settimane consecutive. Talvolta questa terapia può essere abbreviata. Nei casi in cui si trovava la dissenteria associata al Llambia intestinalis o Trichomona, o Anchilostoma duodenale il risultato fu sempre favorevole.

L'A. afferma che in vista delle osservazioni cliniche, che egli riporta in questa stessa comunicazione, può concludere che il nuovo preparato è attualmente il composto arsenicale più attivo che possediamo contro la dissenteria amebica. L'associazione con l'emetina nelle forme acute permetterà di ottenere delle guarigioni definitive, e sugli altri parassiti intestinali la sua azione sembra suscettibile di applicazioni interessanti.

Questa comunicazione è stata tradotta e aggiunta con osservazioni e commenti dal prof. Solano Ramos nel n. 1 degli *Archivi di gastro-enterologia* che si pubblica nella Habana.

RE.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 8805:

Per le notizie che la interessano può consultare il manuale di *Tecnica Terapeutica ragionata* di B. MASCI.

Il termine del 10 agosto 1925 per la presentazione delle domande e documenti per il concorso ad allievo ispettore medico delle Ferrovie dello Stato non è stato prorogato. Nulla si sa circa l'epoca nella quale si svolgeranno gli esami. Non vi sono libri speciali per la preparazione al detto concorso.

a. a.

Al dott. L. C. da Rotzo:

Consigliamo: *La tubercolosi malattia sociale*, del prof. A. ILVENTO; edit. Zanichelli, Bologna. — *La difesa contro la tubercolosi e la sua legislazione*, del prof. A. FRANCHETTI; ibid.

G. M.

All'abb. n. 6039:

Consigliamo il III volume dello *Stato attuale della lotta antitub. in Italia*, edito dalla Federazione Nor. Ital. per la lotta contro la tubercolosi che tratta: *Colonie e Ospizi Marini*.

G. M.

Al dott. M. S. da Caltanissetta:

Per la proteinoterapia aspecifica, il latte è stato usato anche non scremato. È però preferibile scremarlo, filtrarlo e farlo bollire per alcuni minuti. In generale è stato usato il latte di mucca; però può usarsi anche quello di capra.

fil.

Al dott. C. F. B., abb. n. 3068:

Consulti G. ANTONELLI: *Igiene del piede e della mano.* Manuale del pedicure. Hoepli, Milano.

fil.

VARIA.

La stampa medica nella Russia dei Soviety.

S. Weissenberg di Elisabethgrad (Ucraina) riferisce nella *Medizinische Klinik*, 1925, n. 21, lo stato della stampa medica russa durante e dopo la rivoluzione.

L'epidemia giornalistica continua: i giornali medici da 53 che erano nel 1924 sono saliti nel 1924 a 59. Per quanto questo numero non abbia raggiunto quello del periodo dell'anteguerra (72) ogni aumento deve essere considerato insano per i seguenti motivi: dato lo stato della cultura della Russia le città di provincia, per quanto ora centri universitarii, possono a mala pena sopportare pecuniariamente e spiritualmente il peso di un giornale scientifico. E questi giornali si pubblicano irregolarmente ed arrivano appena fuori del loro distretto, per cui il loro contenuto va perduto per la generalità. Astraendosi dai nuovi fogli provinciali, la causa della poca prosperità dei vecchi giornali prima diffusissimi sta semplicemente nel fatto della paralizzazione di ogni iniziativa personale. I giornali, ora, tranne poche eccezioni sono statizzati e l'abbonamento per i diversi impiegati non di rado è obbligatorio. Ciò serve poco perchè il numero degli esemplari non può essere alto. Anche il livello intellettuale delle nuove generazioni non è tale da favorire l'esistenza dei giornali. Inoltre è ancora da osservare che il commercio privato è solo tollerato; perciò gli avvisi di pubblicità, che hanno grande importanza per la esistenza di un giornale, appaiono solo come una rarità e per la maggior parte vengono dall'industria tedesca. Per questo motivo si deve ammettere che i due giornali di medicina russi che si pubblicano a Berlino sono un'impresa intenzionale o non intenzionale dell'industria tedesca. L'anno venturo saranno fondate uguali imprese a Parigi, per uso delle ditte francesi.

Il cattivo stato della stampa medica non si rispecchia nel contenuto, ch'è sempre eccellente: però certamente si è molto abbassato in confronto a quello che era nella stampa medica del vecchio regime.

A. GIACCONE.

Le dottoresse in medicina nell'Inghilterra.

La Federazione medica delle donne della Gran Bretagna ha approvato in una recente riunione una speciale deliberazione con la quale « riconosce con sincero apprezzamento il sacrificio fatto dalle donne dottoresse » le quali rifiutarono cariche sanitarie pubbliche con un emolumento di sole 500 sterline annue. La situazione creata dalle condizioni del dopo-guerra, quando la smobilitazione dei medici oscurò ogni prospettiva per le numerose allieve di medicina, che avevano cominciato a frequentare i corsi durante la guerra, va gradualmente migliorando. Non si sente più parlare di insormontabili difficoltà per le dottoresse di fare tirocinii pubblici, o anche esercitare liberamente la professione. C'è posto, in questo senso più di quel che si creda, a condizione naturalmente che esse diano prova di abilità e di tatto. La Federazione delle donne mediche ha avuto anche l'iniziativa di stabilire un fondo permanente per capacitare le giovani laureate con mezzi limitati a farsi strada nell'esercizio pubblico della professione. Inoltre man mano che il numero delle medichesse condotte aumenta si verifica un corrispondente aumento di domande per i servizi delle dottoresse come assistenti.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CAVINA GIOVANNI. *Resoconto delle operazioni eseguite nella 2ª Sezione Chirurgica dello Spedale Maggiore di Bologna dal 15 giugno al 15 agosto* 1924. — Bologna, Stabilimenti Poligrafici riuniti, 1924.

CAVINA GIOVANNI. *Un anno nella 3ª Sezione Chirurgica dell'Ospedale Maggiore di Bologna.* — Bologna, Tip. Commercio, 1924.

CICARDI FERRUCCIO. *A proposito di Agostino Bassi e Luigi Pasteur.* — Lodi, Successori Wilmant, 1924.

CHRISTELLER ERWIN. *Eine neue einfache Methode zur normalen und pathologischen Histotopographie der Organe.* — Berlin, Julius Springer, 1924.

CIGNOZZI ORESTE. *L'echinococco del lobulo dello Spigelio occludente le grosse vie biliari.* — Paris, Masson & C., 1924.

ID. *Ictus anafilattico idatideo.* — Torino, Stab. Tip. S. A. E., 1924.

CIPRIANI FRANCESCO. *Sulla talodinia.* — Verona, M. Bettinelli, 1924.

CIVIDALI ALDO. *Le ernie mediastiniche nel pneumotorace artificiale.* — Roma, Grafia, 1924.

ID. *Herpes zoster e varicella.* — Firenze, L. Niccolai, 1924.

COLASUONNO SERAFINO. *Per la pustola carbonchiosa.* — Fasano, M. Liantonio, 1924.

COMITATO ANTIMALARICO VERONESE (*L'opera del*) *durante l'anno* 1923. — Verona, Tip. « Corriere Mattino », 1924.

COPPA EZIO. *L'arteriosclerosi da lavoro.* — Palermo, A. Giannitrapani, 1924.

CORINALDESI SILVIO. *Un caso interessante di sodoku.* — Napoli, G. Barca, 1924.

COSTANTINI F. *Contributo allo studio clinico ed anatomo patologico della sclerosi a piastre.* — Reggio Emilia, Coop. Lavoranti tip., 1924.

COZZOLI GIULIO. *Un clinico sereno (Il colonnello De Cesare).* — Chieti, C. Marchionne & F., 1925.

COVONE ALFONSO E ROBERTO. *Idrofarmaco-stomoterapia nelle forme febbrili settico-tossiemiche.* — S. Croce del Sannio.

DAZZI ANGELO. *Contributo allo studio delle variazioni morfologiche del sangue consecutive ad irradiazioni della regione splenica con le dosi cosidette « eccitanti ».* — Milano, C. Zerboni, 1924.

DE BIASI BRUNO. *Studies on Iso-Agglutinin in the Blood of the New-Born.* — Chicago, Med. Assoc., 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXVI. — Licenziamento per soppressione di posto.

Nei casi di licenziamento per soppressione di posto, in forza dei poteri ordinari, si devono considerare distintamente due provvedimenti: la soppressione del posto, e il licenziamento.

Il *primo* è soggetto ad approvazione della G. P. A. in sede di tutela e perciò non costituisce provvedimento definitivo, essendo ammesso reclamo in sede gerarchica, nel termine di giorni 15, contro la deliberazione della giunta. Il *secondo*, cioè il licenziamento, è provvedimento definitivo, contro il quale è ammesso ricorso alla G. P. A. in sede giurisdizionale, per motivi inerenti alla legittimità di esso e non per considerazioni che attengano al merito del provvedimento di soppressione del posto, che costituisce il presupposto del licenziamento.

Talvolta il licenziamento è stato deliberato prima che la soppressione del posto fosse approvata dalla G. P. A. in sede di tutela e quindi fosse divenuta efficace. La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 febbraio 1925, n. 282, ha considerato valida, in questo caso, la deliberazione di licenziamento, soggiungendo però che la validità è condizionata all'approvazione della soppressione del posto. Si verifica quindi la ipotesi di un licenziamento condizionatamente valido. Se la deliberazione che sopprime il posto non sarà poi approvata, o se il provvedimento della G. P. A. che l'approva sarà annullato in sede di ricorso gerarchico, il licenziamento si considererà come non avvenuto, anche se frattanto fosse stato respinto il ricorso giurisdizionale contro di esso. Infatti, annullata comunque o non raggiungendo le condizioni di efficacia la deliberazione che sopprime il posto, viene meno la base dell'altro provvedimento. Più corretto sarebbe certamente il procedimento opposto: provvedere cioè al licenziamento se e quando la soppressione del posto sia divenuta efficace giuridicamente. Ma, poichè la giurisprudenza considera frattanto condizionatamente valido il licenziamento, qualora questo sia notificato prima che sia stata approvata la deliberazione concernente la soppressione del posto, è necessario che l'interessato ricorra alla G. P. A. in sede giurisdizionale contro il licenziamento, nel termine di trenta giorni dalla notificazione e non attenda che la G. P. A. in sede di tutela abbia provveduto circa la soppressione del posto.

LXVII. — Esercizio abusivo di professione sanitaria.

La Corte di Cassazione di Roma, prima sezione penale, con sentenza 20 febbraio 1925, ha respinto il ricorso della levatrice Fragano che era stata condannata per esercizio abusivo di professione sanitaria, avendo il Tribunale di Avellino accertato in grado di appello « che essa ebbe a praticare delle iniezioni ipodermiche a varie persone e curò un ammalato ». La Corte di Cassazione ha considerato anzitutto che l'esercizio abusivo di professione sanitaria costituisce contravvenzione e non delitto e che, perciò, per la punibilità basta il fatto volontario, salva la prova di una volontà contraria a quello che si sia materialmente compiuto ovvero un'assoluta necessità nel senso dell'art. 49, n. 3, cod. pen. ». Ha soggiunto la Corte che « oggetto di tale contravvenzione possono, per limitarsi alla causa, essere delle prescrizioni, cure, operazioni, per le quali sono richiesti studi o condizioni speciali proprie del medico in quanto, da chiunque altro fatte, o per inopportunità o per irregolarità od altra qualsiasi causa, vi è sempre la possibilità di un pericolo per la salute delle persone ».

Pertanto « una levatrice cui sono bene designati gli atti da poter compiere nel regolamento 23 febbraio 1920, n. 6678, risponde alla pari di ogni altro profano, quando, come nella specie, curi un ammalato e faccia delle iniezioni ipodermiche, compia cioè atti demandati al medico soltanto, salvo il caso che concorra una discriminante ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI. esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRO (*Brescia*). — A tutto 15 ott., centro e direz. Osped.; docum. a 3 mesi; tassa L. 50.10; stip. L. 9000 oltre L. 2200 osped., L. 800 uff. san., addizion. L. 3 oltre 20 % iscritti, c.-v. Ab. 3027.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano*. — Medico radiologo. Vedi fasc. 31. Scad. 15 ott.

AZZANO X° (*Udine*). — 2ª cond. (Tiezzo); a tutto 31 ott.; L. 8000 per 1500 pov.; 6 quadrienni dec.; L. 500 serv. attivo; L. 3000 mezzo trasp.; doppio c.-v.; tariffa abbienti. Pianura; Kmq. 25; ab. 5000; pov. 210. Età lim. 35 a. Tassa L. 50,10. Docum. a 3 mesi dal 17 sett. Serv. entro 15 gg.

BAGNI DI LUCCA (*Lucca*). — Scad. 15 ott. Per S. Gemignano. L. 10,000 e 5 quadrienni dec.; trasp. L. 3000; quota mobile L. 1200; addizion. oltre 20 famiglie L. 20 a famiglia. Tassa L. 50.15.

CARPI. *Congregazione di Carità*. — Medico chirurgo radiologo presso l'Osped. B. Ramazzini. Scad. ore 18 del 15 ottobre. Tassa L. 25.15. Quadriennio in gabinetti di radiologia e terapia fisica. L. 5000 (*sic*) e due c.-v.; 40 % incassi lordi radiologia. Nomina annua; conferme triennali. Serv. entro 10 (*sic*) gg. Chiedere annunzio.

ESTE (*Padova*). *Ospedale Civile*. — Medico assistente; L. 5000 e c.-v.; stanza, con obbligo di pernottarvi; età mass. 30 a.; tassa L. 50. Scad. 10 ott.

FERRARA. — Alle ore 16 del 10 ott., cond. rurale di Ravalle; tassa L. 50; biennio di laurea e 1 anno di assistente in clinica od ospedale o condotto o interino od uff. med.; L. 7200 e 10 bienni ventes. oltre L. 2500 cav., L. 1000 indenn. malaria e altre indenn. In corso revisione capitolato. Kmq. 28.35.

FIRENZE. *R. Prefettura*. — Uffic. sanit. di Prato; Scad. ore 17 del 10 ott.; L. 12,000 e c.-v.; 8 trienni decimo; valutaz. parziale servizi prestati; è concesso il libero eserc. profess. Età lim. 45 a. Ab. 60,560. Chiedere annunzio.

GUBBIO (*Perugia*). — Chirurgo primario; lire 7000 oltre L. 600 serv. attivo, L. 4000 serv. poveri in Ospedale e c.-v. — Medico primario di città; L. 8000 oltre L. 600 serv. att. e c.-v. — Aiuto chirurgo; L. 4500 e c.-v. oltre alloggio e vitto nell'Ospedale. — Per tutti e 3 i conc.: età mass. 40 a.; scad. 15 ott. Per schiarimenti rivolgersi segreteria comunale.

IESI (*Ancona*). — Medico e chirurgo primarî presso l'Ospedale Diociesiano (13 comuni); rispett. L. 10,000 e L. 8,000 e aumenti fino al 50 %; c.-v.; partecipaz. proventi; per la direz., a uno dei due primarî. L. 2000. Indenn. per casi urgenti L. 2000 al med. e L. 2500 al chir. Rivolgersi segreteria della Congregaz. di Carità. Scad. 31 ott.

IGLESIAS (*Cagliari*). — Condotta rurale residenza in città; L. 8000, quattro quinquenni decimo, un c.-v. Mezzi di trasporto a carico del Comune. Scad. un mese dall'8 sett. Certificati a due mesi.

LAVELLO (*Basilicata*). — A tutto il 15 ott.; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15; docum. a 3 mesi dal 10 sett. L. 7000 e 4 quadrienni (eventualmente 5) decimo; addizion. L. 5 oltre i 900 iscritti; ab. 10,746. Serv. entro 10 (*sic*) giorni.

LOIANO (*Bologna*). — Al 15 ott., ore 18; 2ª cond.; L. 8000 e 5 aumenti di L. 600, oltre L. 1200 c.-v.; cav. L. 3000; eventuali altre indenn.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 20 ott.; 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 e assegno annuo rivedibile L. 1500; dieci trienni ventesimo; riconoscimento quattro trienni servizio regolare altri Comuni. Età limite 39 a. Esonero tassa concorso. Chiedere avviso.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Dirigente la Sezione Radiologica dell'Ospedale Maggiore. Vedi fasc. 31. Scad. 10 ottobre.

MONTECORSARO (*Macerata*). — Al 10 ott.; 1ª cond. e direz. Osped. Civico; ab. 3712 di cui 700 c. pov.; L. 8000 e 3 quinquenni dec., due c.-v. detratte L. 780; indenn. trasp. (da L. 500 a L. 2500 secondo il veicolo); L. 3000 indenn. «chirurgica». Età lim. 39 a. Tassa L. 50.10. Docum. a 3 mesi dal 5 sett. Serv. entro 15 gg.

PESARO. — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale; età lim. 40 (44) a.; L. 16,000 oltre indenn. serv. att. L. 1120; 5 quadrienni dec.; 2 c.-v. Tassa L. 50. Alloggio o indennità L. 3600. Scad. 10 ott. Chiedere annunzio.

PISA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Pisa; al 20 ott., ore 18; L. 16,000 oltre c.-v. e L. 2000 indenn. carica, 5 quadrienni decimo; divieto libero eserc. profess. Ab. 70,000 circa. Età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 1° sett. Tassa L. 50.20. Esami presso l'Univ. di Pisa. Chiedere annunzio.

REANA DEL ROIALE (*Udine*). — A tutto 31 ott.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., 2° c.-v., L. 3000 mezzo trasp., L. 800 uff. san. Rivolgersi Ufficio Municipale.

ROMA. *Ministero della Guerra*. — Reclutamento dei sottotenenti di complemento del corpo sanitario. Scad. 31 ottobre. Vedi fasc. 39.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (*Forlì*). — A tutto 15 ott., 4ª cond.; kmq. 10.5; ab. 2345; L. 9000 e 10 bienni ventes.; L. 3000 cav.; 2 c.-v.; addiz. L. 3 oltre 18 % popol.; età limit. 35 (40) a. Tassa L. 50.10. Chiedere annunzio.

S. PAOLO ALBANESE (*Potenza*). — Cond. resid., serv. pov. L. 7000; L. 500 uff. san.; aum. quadr. Scad. 15 ottobre.

S. VITTORIA IN MATENANO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 15 ott. Vedi fasc. 38.

THIENE (*Vicenza*). — 2° reparto; L. 8000 per 1000 pov.; c.-v.; ambulat. L. 300; trasp. L. 1000; pianura; ricco centro industriale-commerciale; Ospedale; ferrovia. Scad. 10 ott.

VENDROGNO (*Como*). — A tutto 10 ott.; ab. 947; L. 9000 per 400 pov.; L. 3500 trasp.; L. 500 uff. san.; L. 500 ambulat. se in casa del medico. Serv. 25 nov.

VOLTRI (*Genova*). *O. P. Ospedale San Carlo*. — Medico primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 (*sic*). Scad. ore 18 del 31 ott. Età lim. 40 a. Laurea da 5 anni. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio alla segreteria.

CONCORSI A PREMIO.

Fondazione Forlanini.

Concorso per un lavoro originale che riguardi l'anat. patolog. o la patogenesi o la diagnostica o la terapia della tub. polmon. Scad. ore 15 del 31 dic. 1926. Premio di L. 10,000. I lavori non devono essere pubblicati prima del 7 luglio 1926. Vanno diretti alla Direz. dell'Osped. Magg. di Milano (via Ospedale 5).

BORSE DI STUDIO.

Borsa Famel.

Concorso a una borsa di L. 5000 a favore di un laureato nel 1925, dalla Facoltà di Med. dell'Univ. di Milano, per recarsi a Parigi. L'assegnaz. comporta la frequenza continuativa per almeno tre mesi in uno o più istituti di discipline mediche. Docum. al rettore (viale S. Michele del Carso 25) entro il 30 nov. Punti degli esami speciali e di laurea. Pagam. in due rate (alla partenza ed a 3 mesi). Chiedere annunzio.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

Fondazione Mangiagalli. — Cinque posti a favore di laureati da non oltre 3 anni; sono ammessi per un anno scolastico in Cliniche o in Scuole speciali o di perfezionam. dell'Univ. di Milano come praticanti; premio d'incoraggiam. di L. 1500.

Fondazione Siccardi. — Quattro posti per laureati dopo il 1° luglio 1924; devono prestare l'opera loro nella Clinica delle Malattie professionali di Milano per un anno scolastico; premio di lire 1800.

Per i due concorsi domande non oltre il 30 nov. alla segreteria dell'Univ. (viale San Michele del Carso 25). Chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il dott. Arnold K. Henry, da cinque anni direttore dell'« Irish Journal of Medical Science », è stato chiamato all'Università di Cairo quale clinico chirurgo.

Il comm. Luigi Cappelletti, medico direttore dei Manicomi di Venezia, è stato nominato, *motu proprio* Sovrano, grande ufficiale della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

XXXII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Ricordiamo che è indetto a Roma, nei locali della R. Clinica chirurgica al Policlinico Umberto I, nei giorni 25-28 ottobre.

I temi messi in discussione sono:

1) La cura del morbo di Flajani Basedow (in comune colla Società di Medicina Interna; relatore: prof. Paolo Fiori);

2) Le occlusioni intestinali (escluse le ernie strozzate; relatori proff. Oreste Margarucci e Ugo Stoppato).

I soci che desiderano prenotare l'alloggio si rivolgano all'Agenzia Cook - Piazza dell'Esedra, Roma - che ne è stata incaricata dal Comitato organizzatore.

IV Congresso della Società Italiana di Urologia.

Avrà luogo in Roma, nei giorni di 29 e 30 ottobre p. v. nei locali della Clinica chirurgica al Policlinico Umberto I.

Sarà svolto il seguente tema di relazione:

Le pielonefriti (escluse le tubercolari e le calcolose); relatori: Colombino-Mingazzini.

Coloro che intendono fare delle comunicazioni debbono inviare il titolo al segretario (dott. Ermanno Mingazzini - Clinica chirurgica - Policlinico - Roma) non più tardi del 10 ottobre.

I Soci che vogliono usufruire del ribasso ferroviario per sè o le famiglie, debbono farne richiesta al segretario, non più tardi del 10 ottobre, tenendo presente come la richiesta per ciascun membro della famiglia importa L. 25 di quota, mentre è gratuita quella personale.

I Soci che desiderano prenotare l'alloggio possono rivolgersi all'Agenzia Cook, Piazza dell'Esedra - Roma, incaricata di ciò dal Comitato.

Conferenza internazionale sui medicamenti eroici.

Dal 21 al 28 settembre si è tenuta a Bruxelles la 2ª Conferenza internazionale per l'unificazione delle formole dei medicamenti eroici. La 1ª conferenza si era adunata nella stessa città il 1902.

Congresso olandese di scienze naturali e medicina.

Si è tenuto ai primi di luglio in Groninga; principali temi discussi: risanamento idraulico dello Zuiderzee; diabete e insulina; immunizzazione antidifterica; trattamento chirurgico dei tumori cerebrali.

L'Associazione Medica Britannica in Australia.

La locale Sezione della « British Medical Association » inaugurava il 20 maggio scorso, a Melbourne, una nuova sede propria, consistente in un edifizio a due piani sopra il pianterreno, in cemento armato; esso comprende un'aula per l'assemblea generale, una biblioteca e molte camere per gli uffici e per adunanze parziali; nel vesti-

bolo sorge un monumento ai medici caduti in guerra, opera dello scultore Web Gilbert. Alla inaugurazione assistevano il sindaco, il rappresentante (attorney) generale dell'Inghilterra per la provincia di Vittoria e molti rappresentanti.

Congresso di medici negri.

Dal 25 al 29 agosto si è tenuto a Chicago un Congresso dei medici di colore degli Stati Uniti; venne presieduto dal dott. Michael O. Dumas di Washington.

Corso per medici condotti.

Nello Spedale Civile di Venezia si terrà durante il mese di novembre p. v. il corso autunnale per medici condotti.

La frequenza avutasi nell'anno passato, il valido concorso che al felice esito dettero valorosi rappresentanti dell'insegnamento ufficiale, che in fraterna unità di intendimenti volle aggiungersi ai docenti ospedalieri, ha deciso l'Ospedale a tenere metodicamente i corsi stessi.

Quest'anno l'insegnamento si volgerà in modo particolare al vasto problema del cancro considerato nei suoi vari aspetti.

Si avranno perciò conferenze e lezioni sulla patogenesi, sulla tecnica diagnostica, sui vari metodi di cura, sulle ripercussioni sociali di questa malattia.

Il programma dettagliato sarà reso noto appena finito di concretare.

Scuola assistenti sanitarie della C. R. I.

Questa scuola, che ha per scopo la preparazione tecnica e morale delle infermiere che devono svolgere opera di assistenza e di profilassi delle malattie sociali e di educazione igienica del popolo, inizierà l'8° corso in novembre. Le domande si ricevono fino al 30 ottobre. Età 21 anni compiuti a non oltre 40. Si richiede il diploma d'infermiera. Rivolgersi alla Direzione, via Toscana, 12 - Roma.

L'Esposizione d'Igiene a Rosario.

Rosario di Santa Fè, la popolosa e industre città della Repubblica Argentina che ospita, come è noto, una cospicua colonia italiana, celebrerà il secondo centenario della sua fondazione con una grande Esposizione internazionale d'Igiene, Arte e Industria indetta per il dicembre prossimo e destinata a protrarsi fino al marzo del 1926.

L'Italia parteciperà naturalmente alla Esposizione con una sua Mostra. Le merci debbono giungere a Rosario non oltre il 15 novembre. La Delegazione per l'Italia è presso la Unione delle Camere di Commercio e Industria Italiane, in Roma, via Foro Trajano, 1.

Istituto Storico Italiano dell'arte sanitaria.

Come abbiamo annunziato, è sorto in Roma e fu eretto in Ente Morale con R. D. 14 maggio 1922. Ha lo scopo di raccogliere in apposite sale, concessegli dall'Istituto di S. Spirito ed Ospedali Riuniti di Roma, materiale attinente all'arte ed alle professioni sanitarie e di costruire uno speciale Museo, con annesso archivio, dell'arte sanitaria italiana.

All'Istituto, cui appartengono personalità dell'arte e della scienza, furono affidate importanti raccolte, quali il Museo Flajani di Roma e preziosi materiali provenienti dagli Ospedali civili di Torino, Vercelli, Alessandria e dal Ministero della Guerra. Si fa ora preghiera perchè anche da parte di altre Amministrazioni ospedaliere ed Enti sanitari sia ad esso dato ogni concorso che per loro sarà possibile con l'invio di materiali e di documenti, i quali, a termini delle disposizioni statutarie, verrebbero tenuti dall'Istituto a titolo di semplice deposito, restando ben s'intende, di proprietà dell'Ente che ne faccia l'invio.

Il Ministro dell'Interno, avuto riguardo all'opera di alta significazione storico-artistica e, insieme, patriottica, cui tende l'Istituto, e che si concreta in scopi di propaganda e di valorizzazione in tutto ciò che riguarda l'arte sanitaria italiana, ha aderito alla preghiera rivoltagli, ed a sua volta ha invitato le Prefetture a far opera presso le Amministrazioni ospedaliere e gli Enti sanitari della provincia a dare il loro contributo all'opera medesima, avvertendoli che ogni maggiore chiarimento potrà essere rivolto al Segretario generale di detto Istituto, prof. P. Capparoni, via del Pozzetto, 108 - Roma (7).

Alla Cassa Nazionale infortuni.

Durante il 1° semestre del corrente anno (42° del suo esercizio), la Cassa Nazionale d'Assicurazione per gli infortuni sul lavoro — con il tramite dei suoi uffici (Compartimenti, Sedi ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno — ha compiuto, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per le assicurazioni degli infortuni nelle industrie ha emesso 48,913 nuove polizze assicuranti altri 618,362 operai; ha ricevuto 85,849 denunzie d'infortunio ed ha pagato L. 36,195,952 di indennità per 76,979 casi, di cui 310 di morte e 4,546 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denunzia di 22,536 infortuni ed ha pagato L. 8,602,088.88 di indennità per 18,135 casi, di cui 400 di morte e 2,083 di inabilità permanente.

In totale nel 1° semestre del corrente anno la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denunzia di 108,385 casi di infortunio ed ha pagato L. 44,798,040.88 di indennità.

Per l'orientamento educativo e professionale.

L'Istituto italiano di igiene e previdenza sociale comunica:

« La Reale Accademia nazionale dei Lincei ha solennemente sanzionato, nella seduta reale dell'8 giugno 1925, la fondazione di due premi, l'uno nel campo dell'orientamento educativo, l'altro nel campo dell'orientamento professionale, per inizia-

tiva ed a spese dell'Istituto italiano d'igiene, previdenza e assistenza sociale (Roma), e consistenti ciascuno in una medaglia d'oro del valore di L. 5,000.

« Gli Enti scolastici e sopratutto quelli economici ed industriali, hanno interesse e dovere di cooperare all'organizzazione umana e scientifica dell'industria, con l'attento esame delle possibilità pratiche dell'orientamento professionale, attraverso lo studio delle attitudini fisiche e psichiche dei fanciulli nella scuola e degli operai nel campo del lavoro ».

In onore del prof. Guido Banti.

Per iniziativa del prof. Silvio Dessy, antico ed affezionato allievo della scuola medico-chirurgica di Firenze ed ora direttore dell'Istituto Biologico Argentino, col concorso di questo Istituto e personale del suo direttore, di professori della Facoltà medica di Buenos Ayres, di medici dell'Ospedale Italiano di Buenos Ayres, alcuni dei quali allievi della Facoltà fiorentina, è stata raccolta e consegnata alla R. Università di Firenze la somma di L. 50,000, cogli interessi della quale sarà istituito un premio intitolato a Guido Banti, da conferire periodicamente al migliore lavoro originale italiano di anatomia patologica.

Segnaliamo questo omaggio reso alla memoria dell'illustre patologo, che è insieme nuova dimostrazione degli stretti legami fra la Repubblica Argentina e l'Italia, e dell'attaccamento alla madre patria degli italiani che la onorano con la loro opera in quella nobile regione.

Oblazioni e lasciti.

Il sig. Giovanni Lagomaggiore ha donato all'Ospedale Maggiore di Milano un libretto di risparmio col credito di circa L. 62,000.

I sigg. rag. Ivo e Giovio Monti hanno donato all'Ospedale Maggiore di Milano L. 50,000 in memoria del loro compianto padre Francesco, a condizione che il reddito netto sia destinato esclusivamente a malati poveri del comune di Milano.

Pel 35° anno di laurea in Medicina a Torino.

I medici, laureati nel 1890 all'Università di Torino hanno pensato di riunirsi a banchetto nel mese di ottobre per festeggiare il 35° anno di laurea. Si incarica di ricevere le adesioni il dottore Emilio Regogliosi (Torino - Via Massena, 4) al quale gli interessati sono pregati di comunicare adesione e indirizzi di colleghi laureati in quel medesimo anno.

Ai medici laureati in Roma nel 1905.

Si pregano i colleghi che conseguirono la laurea nella R. Università di Roma nel 1905 e che ancora non avessero dato la prima adesione per un convegno in occasione del 20° anno dalla laurea, di farlo al più presto possibile, rivolgendosi al sottoscritto, per poter eventualmente far coincidere tale celebrazione coi prossimi Congressi di Medicina Interna e di Chirurgia pei quali i medici residenti fuori di Roma possono usufruire di speciali facilitazioni di viaggio.

Dott. GIANLUCA LUCANGELI.
Roma (33) - Piazza Cola di Rienzo, 69.

Per gli studî di patologia in Inghilterra.

L'Ufficio amministrativo del Westminster Hospital di Londra ha deciso di destinare la donazione di 20,000 sterline (pari ad oltre 2 milioni di lire it.) fatta dal sig. A. J. H. Carbill, per un esperimento: l'istituzione di un'« unità di patologia clinica », destinata agli studi di patologia in stretta connessione con la clinica; il personale risulterà di un direttore assistito da due capi di laboratorio; vi saranno addetti anche dei medici di collegamento (« liasons medical officers), il cui còmpito sarà quello di assicurare che il personale dell'Unità sia informato sui casi interessanti ricoverati nelle corsie.

Diminuzione del prezzo del radium.

Notizie da Londra recano che il prezzo del radium si è ridotto quasi della metà (da c. 300,000 lire it. a 175,000 il grammo), in seguito alla scoperta, fatta a Catanga, nel Congo belga, di importanti giacimenti radiferi e alla costruzione di uno stabilimento ad Olen, presso Anversa, per il trattamento dei minerali e l'estrazione del radium. Il consiglio d'amministrazione dell'Unione minerarìa del Belgio ha stabilito, d'accordo col Ministero delle Colonie, di porre a disposizione delle Università del Belgio, cioè Bruxelles, Gand, Liegi e Lovanio, la quantità di 8 grammi di cloruro di radium; esse provvederanno poi alla distribuzione agli ospedali. Gli Stati di New York e di Filadelfia hanno acquistato 2 grammi ciascuno di bromuro di radium e la città di Quebec un grammo.

Assicurazione per cure dentarie.

Funziona dal 1921 nelle scuole di Boston; ogni allievo paga mezzo dollaro l'anno e riceve cure periodiche di pulizia ed, occorrendo, otturazioni e protesi; per i bambini poveri provvede una cassa di soccorso.

Epilogo giudiziario di un'uccisione umanitaria.

La Corte d'Assisi della Senna ha condannato a due anni di prigione Anna Lavasser che aveva ucciso con cinque colpi di revolver la sorella colpita da tubercolosi avanzata, allo scopo di metter fine alle sue sofferenze.

Il dott. SALVATORE ANDREANI, di 37 anni, da Bari, assistente al Policlinico di Siena, si è ucciso precipitandosi da una finestra della propria abitazione. Era benvoluto e stimato.

L. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 2 mag. — Numero sull'urologia.

Stomatol., mag. — A. PERNA. L'anestesia in odontoiatria e in stomatologia.

Paris Méd., 9 mag. — A. LUMIÈRE. Importanza biologica dei fenom. colloidali.

Mediz. Klinik, 8 mag. — G. BÜTTNER. La malattia di Perthes. — G. CHAROUSEK. La tbc. dell'orecchio.

Riforma Med., 13 apr. — M. TRUFFI. Actinomicosi della cute. — A. ROCCAVILLA. Ascoltaz. transtoracica vibratoria.

Riv. Ital. Ginecol., mag.-giu. — E. DE BELLA. Cisti della vulva e cisti vaginale. — C. SUPERBI. Associaz. di carcinoma con ossificaz. dell'utero. — L. BACIALLI. Sterilizzazione nel campo ostetr.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mag. — L. BÈRIEL e A. DEVIC. Meningo-encefalite epidemica ed encefalite letargica. — S. BORMAMOUR e P. GIRARDOT. L'aglio nella tbc. polm.

Osservatore Med., mar. — O. CASAGRANDI. Alghe parassite dell'uomo e degli animali.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifilologia, apr. — Resoconto del XXI Congresso della Soc. It. di Derm. e Sifil. — Onoranze al prof. Breda.

Scalpel, 9 mag. — THOUMSIN. Sulla cura chirurg. d. fratture.

Encéphale, mag. — H. CLAUDE e G. ROBIN. Discriminaz. tra demenza precoce e schizofrenia. — J. RAMSAY HUNT. Sul meccan. dell'inibizione nel sist. nerv.

Hygiène Mentale, mag. — R. MORGUE. La spesa energetica nel lavoro mentale. — A. ANTHEAUME e P. SCHIFF. I problemi psichiatrici dell'immigraz. negli Stati Uniti.

Arch. de Cardiol. y Hem., apr. — L. CALANDRE. Gli attacchi sincopali.

Rass. Studi Sessuali, apr. — C. CENI. Psiche e funzioni sessuali.

Pathologica, 1 mag. — B. POLETTINI. Rapporti tra *Micrococcus melitensis* e *Bacillus abortus* Bang. — C. VENERONI. Influenza della latitudine sulla formula ematologica.

Presse Méd., 13 mag. — F. RAMOND e G. PARTURIER. Reazioni riflesse della vescicola biliare sul tubo diger.

Rev. Médica Latino-Amer., mar. — E. M. OLIVIERI. Il metodo Putti nelle anchilosi dell'arto sup. — N. TAGLIAVACCHE. I metodi anchilosanti nella cura del morbo di Pott.

Bull. Ac. de Méd., 5 mag. — D. DANIELOPOLU. Patogenesi e cura medica e chirurgica dell'asma.

Münch. Med. Woch., 15 mag. — K. KOCH. Guaribilità della meningite tbc. — H. J. THOLUCK. Scrofolosi e malattie dentarie. — F. RÖVER. Roentgenterapia della tbc. polm.

Deut. Med. Woch., 15 mag. — L. BORCHARDT. Le secrez. interne e i loro disturbi. — E. SETTNER e P. WUSTROW. Patogenesi e terapia della coxa vara. — K. DEHIO. Un pseudopneumtorace.

Mediz. Klinik, 15 mag. — O. v. FLANQUÉ. Trattamento delle malattie annessiali infiammatorie. — R. ZUHOFER. La tbc. laringea.

Wien. Klin. Woch., 14 mag. — T. HRYNTSCHAK. Errori nella diagn. e terapia dell'ipertrofia prost. — F. REMENOVSKY e R. KANTOR. Trattam. delle varici con soluzione glucosica al 50 %.

Ann. di Ostetr. e Ginec., apr. — D. C. MERLETTI. Spasmofilia e gravidanza. — L. RIO. Intossicaz. tabagica in gravid.

Arch. di Antrop. Crim., mar.-apr. — G. PALUMBI. Simulato aborto.

Brit. Med. Journ., 16 mag. — R. JONES. Profilassi e cura della storpiatura da fratture. — F. B. SHAW. La crisi emoclasica nell'esame della funzione epat.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 12 Ottobre 1925 — Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.

Come si spiegano i risultati contradditorii che può dare la reazione di Wassermann?

pel prof. LUIGI PHILIPPSON.

Succede talvolta che lo stesso siero, esaminato in varii Istituti, dà dei risultati differenti: in uno è positivo, in un altro è negativo e anche il grado di positività può variare. Tali risultati impressionano naturalmente assai il profano e anche il medico ne rimane sorpreso.

I sierologi invece vi passano sopra, perchè li conoscono per propria esperienza. S'intende che si sono sempre preoccupati di questo inconveniente del metodo e hanno cercato a porvi riparo. Si è pensato a « standardizzare » l'estratto, a mettersi d'accordo sulla tecnica, a misurare obbiettivamente i risultati e via dicendo.

Quello che più di tutti era interessato in questa quistione era il Wassermann stesso, il quale ci teneva che il suo metodo non venisse discreditato da discrepanza dei risultati. Egli l'ha risolta in modo molto semplice, prescrivendo tanto una tecnica molto dettagliata e precisa, quanto la lettura dei risultati, secondo la quale soltanto le inibizioni nettamente riconoscibili indicherebbero la sifilide, mentre le inibizioni parziali non sarebbero da considerarsi che come dubbie, vale a dire che potrebbero bensì dipendere da sieri sifilitici, ma anche da sieri non sifilitici. Sperimenti fatti di proposito, per provare queste prescrizioni, sono perfettamente riusciti, inquantochè differenti sierologi negli stessi sieri hanno avuto identici risultati.

Intanto generalmente non furono accettate; nemmeno dai suoi vecchi collaboratori, i quali però riconoscevano l'esattezza delle medesime. Essi dicono che oramai la tecnica, usata dal Wassermann, sia già sorpassata da nuove modifiche che la rendono più perfezionata, dimodochè buona parte dei risultati dubbii secondo la sua tecnica riuscirebbe ancora sicuramente positiva. Un limite però, fino a cui sono attendibili, non viene indicato e conseguentemente l'uniformità dei mede-

simi non è assicurata, come lo è nella tecnica di Wassermann.

Per rendersi conto delle variabilità dei risultati, bisogna ricordarsi dell'influenza che esercitano modifiche della tecnica sui medesimi.

La RW., eseguita su sieri sifilitici, dà oltre l'inibizione completa anche tutti i gradi intermedii fra inibizione e emolise completa. Per osservarlo, basta seguire colla RW. un caso di sifilide recente durante il tempo di trattamento antisifilitico. Allora l'inibizione completa iniziale va man mano diventando più debole e l'emolise più evidente.

Ma anche, indipendentemente dalla cura, i sieri sifilitici in genere si comportano nello stesso modo: nella sifilide recente danno costantemente inibizione completa, come pure nella sifilide vecchia si può avere lo stesso risultato, mentre nell'inizio della malattia e poi nella sifilide vecchia con o senza manifestazione si hanno i gradi intermedii e emolise completa.

Ora, sperimentando su sieri sifilitici di debole potere reattivo, si può modificare la tecnica in modo tale da avere degli scarti più evidenti di positività, cioè o aumentando la dose di estratto o diminuendo quella del complemento. Allora la quantità delle emazie indisciolte nei sieri, in cui prima si aveva quasi emolise completa, aumenta e il risultato raggiunge un maggiore grado di positività. E magari sieri che prima davano emolise completa diventano debolmente positivi.

Sperimenti simili si possono fare pure con sieri non sifilitici. Modificando la tecnica come prima e provando contemporaneamente una serie di sieri, si osserva che a misura che o si aumenta la quantità di estratto o si diminuisce quella del complemento, diventano manifeste delle differenze nel loro comportamento reattivo. Mentre prima tutti davano emolise completa, ora ve ne sono che la danno ancora, mentre altri danno o emolise più o meno incompleta oppure già inibizione incompleta.

Nella tecnica del 1906 il Wassermann usava abbondante quantità di complemento, per cui la differenza nei risultati fra sieri sifilitici e non sifilitici era nettissima. Soltanto quelli davano inibizione, questi emolise completa. Però vi erano anche molti sieri sifilitici che davano emolise. Il numero dei medesimi era talmente grande che ai fini della diagnosi il metodo riusciva insufficiente.

Onde renderlo utile a tale scopo, occorreva trovare mezzo di far reagire i sieri sifilitici più frequentemente. Il Wassermann diminuì la quantità di complemento alla metà e in tal modo molti sieri sifilitici, che prima non reagivano, davano inibizione. Non era sempre inibizione tipica, ma spesso inibizione incompleta o emolise con inibizione più o meno riconoscibile.

Intanto quel che si veniva a osservare allora e prima no, era la comparsa di inibizione pure in sieri non sifilitici. Non inibizione completa, ma gradi di inibizione deboli. Non in tutti i sieri, soltanto in una parte.

Quindi il Wassermann si vedeva costretto a indicare esattamente quei gradi d'inibizione che potevano servire per la diagnosi, e quelli che non lo potevano.

Nello stesso senso, come la diminuzione del complemento e l'aumento dell'estratto, agiscono ancora altre modifiche.

Si usano estratti che già da per sè indeboliscono fortemente il complemento.

L'aggiunta di colesterina all'estratto agisce allo stesso modo.

Diminuzione dell'ambocettore rallenta l'emolise.

Non si inattiva il siero in esame, allo scopo di non indebolire la proprietà inibitrice del siero sifilitico.

Non si fa uso del siero di cavia, perchè il siero umano stesso possiede proprietà complementare per l'ambocettore emolitico contro emazie del montone.

Non si fa uso di ambocettore emolitico contro emazie del montone, perchè il siero umano stesso lo contiene.

Non si fa uso nè di siero di cavia, nè di ambocettore, perchè il siero umano stesso possiede ambedue.

A tante modifiche corrispondono altrettanti metodi differenti che sono tutt'ora in uso. Essi raggiungono il loro scopo nel dare molti più risultati positivi nella sifilide che non la RW. originale. Senonchè succede che pure sieri non sifilitici possono dare inibizione e molto più spesso che non nella RW. originale.

Come si fa allora, per distinguere se l'inibizione dipenda da siero sifilitico o da siero non sifilitico?

La prescrizione del Wassermann di riconoscere soltanto l'inibizione totale e l'inibizione parziale nettamente distinguibile da emolise, quali risultati positivi, e gli altri gradi deboli d'inibizione soltanto quali risultati dubbii non era stata accettata, epperò si sarebbe dovuta darne un'altra. Ciò non è stato fatto.

Si è invece girata la questione, contentandosi di ricorrere ad un espediente, e cioè al tempo che sana tutti i mali. Invece di leggere i risultati subito dopo l'emolise dei controlli, oppure dopo un paio d'ore, lo si fa l'indomani, forse nella speranza che nei sieri non sifilitici avvenga tuttavia regolare emolisi, per così dire, automaticamente, senza che, per l'esattezza del metodo, sia

necessario stabilire il tempo, in cui la reazione è da considerarsi come compiuta.

A dare alla tecnica un indirizzo tanto unilaterale che miri a tirarne fuori ad ogni costo il massimo di risultati positivi, ha contribuito anche il concetto della specificità del metodo.

Come si sa, il metodo della RW. è quello di Bordet e Gengou, basato appunto sul concetto della specificità del processo che si svolge nella deviazione del complemento. Soltanto allorquando un antigene si lega al suo ambocettore, provocato da lui, avviene questo fenomeno, altrimenti no. Quindi nella RW. ciò si verifica, perchè l'antigene, e cioè l'estratto di fegato sifilitico, s'incontra col suo ambocettore, contenuto nel siero sifilitico. E, quando anche estratti di altri organi si mostrarono efficaci, per lungo tempo si pretendeva che il primo riuscisse molto superiore agli altri. E, quando anche il Wassermann abbandonò il suo primo concetto e riconosceva nell'estratto quale parte attiva i lipoidi e nel siero sifilitico supponeva un ambocettore, formatosi contro sostanze, derivanti dal ricambio di lipoidi delle cellule, alterato dall'infezione luetica, si continuava ancora a sostenere la specificità della reazione.

Molti, riconoscendo o no questa interpretazione nuova, sono dello stesso parere di lui riguardo alla specificità, perchè opinano che nel siero luetico sia tuttavia una proprietà specifica che si appalesa nella reazione. S'intende con tale veduta si valutano i risultati in modo ben differente da quello, in cui lo fa chi non riconosce più la specificità. Una inibizione, per quanto lieve sia, rappresenta pur sempre il risultato di un metodo di ricerca, ideato appositamente per dare nel siero sifilitico tale fenomeno. Che vi siano anche sieri non luetici che danno lo stesso risultato, non importa a loro, perchè dipenderebbe da proprietà del tutto differente da quella dei sieri luetici.

Intanto oramai è assodato che questa specificità non esiste affatto.

Mi piace citare in proposito il Bruck, uno dei primi collaboratori del Wassermann (*Trattato della Sierodiagnosi della sifilide*, 1924).

Le malattie che danno pure « inibizione completa con tecnica esatta » sono:

Framboesia; febbre ricorrente; tripanosomiasi; lebbra; scarlattina; malaria; tifo esantematico; *ulcus tropicum*.

Inoltre sieri di cadaveri.

I sieri che mostrano « tendenza a inibizioni incomplete » sono:

quelli di Lupus eritematoso acuto, di Ulcera molle con bubone;

quelli di gravide e di partorienti; del sangue retroplacentare.

Da questi fatti egli trae la conclusione « che, quantunque la reazione non sia specifica, praticamente lo è, perchè coll'esame clinico si possono differenziare queste malattie dalla sifilide ».

Noi invece diciamo piuttosto che il medico, se ha diagnosticato una di queste malattie, non abbia alcuna ragione di ricorrere alla RW., che senta invece il bisogno di farlo nei casi, in cui resta in dubbio sulla diagnosi, e allora il dubbio non può esser tolto, appunto perchè il metodo non è in grado di far la diagnosi differenziale fra le malattie suddette e la sifilide.

Noi possiamo trovarci in questa condizione e nei malarici, in cui, anche cessata la febbre, la RW. per un certo tempo può rimanere positiva a causa della malaria e nella lebbra, quando si trova ancora nell'inizio, in cui i sintomi esterni lasciano dubbio sulla loro natura. E nei paesi tropicali il campo d'applicazione della RW. ne viene più limitato.

Il Bruck enumera pure una condizione fisiologica, in cui il siero può dare inibizione incompleta. Ora io vi debbo aggiungere un fatto molto importante, di cui egli non parla, e cioè che il siero umano in genere possiede tale proprietà. Questo fatto sta in istretta attinenza col nostro argomento, perchè in gran parte anche da ciò derivano le inibizioni parziali di sieri non sifilitici che si confondono con quelle di sieri sifilitici.

Questa proprietà del siero umano è conosciuta sotto il nome di anticomplementare e di autoinibizione, con cui si vuole indicare che il siero danneggia il complemento, il che viene evidente nella RW. nel controllo del siero. L'emolise vi si compie più lentamente che nel sistema emolitico. Il suo ritardo è più o meno pronunziato. Qualora sia molto forte, al momento della lettura dei risultati si trova alcun accenno d'emolise, e come si sa, in questo caso la prova del siero con estratto non ha alcun valore.

Quando invece il ritardo nel controllo del siero è debole, ciò non influisce marcatamente sull'esito della reazione, la quale nel caso di siero non sifilitico sarà emolise totale. Fra questi due estremi stanno i gradi intermedii in cui al momento della lettura, invece di emolise totale, si troverà emolise soltanto parziale, cioè risultato che può esser dato pure da siero sifilitico. Chi non ha osservato il comportamento del siero nel suo controllo, lo registrerà senz'altro come tale.

Di questa proprietà anticomplementare ho detto poc'anzi che sia del siero umano in genere, appunto perchè non è legata a determinate prove-

nienze. Difatti sieri tanto di sani, quanto di ammalati la posseggono in grado più o meno pronunziato. Anche i sieri sifilitici, in cui spesso è tanto marcato che taluno ha pensato a servirsene magari per la diagnosi.

Dalla breve esposizione sulle cause che influiscono sui risultati della RW. si desume facilmente che « la reazione di Wassermann », come viene eseguita in tutto il mondo a scopo diagnostico, è ben lontana da quella originaria del 1906, per mezzo della quale il Wassermann riuscì a scoprire una proprietà del siero sifilitico. A scopo didattico questa può ancora servire in iscuola, ma per la clinica fino dal principio si è mostrata del tutto inadatta, perchè indica la sifilide soltanto in numero assai scarso. A renderla veramente utile, si è dovuto farle subire delle notevoli modifiche suggerite dalle esigenze cliniche.

Questo adattamento di un metodo, che originariamente è stato basato su dei principii scientifici rigorosi, onde garentire dei risultati esatti, ha avuto per conseguenza che accanto a questi si sono introdotti anche dei risultati falsi. Questi sono quindi inerenti al metodo stesso; si verificano con certe modificazioni tecniche più spesso che non con altre, ma nessuna n'è esente, neanche quella dello stesso Wassermann. Pertanto occorreva un correttivo, come p. e. quello prescritto da lui stesso, oppure quello del Kaup e di me stesso.

Ambedue mettono la proprietà anticomplementare dei sieri in evidenza, dimodochè le inibizioni, dipendenti dalla medesima, si possono distinguere da quelle del siero sifilitico.

Il Kaup (*Kritik d. Methodik der RW.*, 1917) misura la proprietà anticomplementare di ogni singolo siero, usando delle quantità scalari di complemento tanto nel controllo del siero, quanto nella sua prova coll'estratto. La quantità massima di complemento che dal siero a solo viene impedita nella sua azione nel sistema emolitico indica che nella prova stessa soltanto le inibizioni che risultano con la quantità superiore sono valevoli per la diagnosi.

Io lo faccio nel modo seguente: il sistema emolitico viene allestito in maniera che dia emolise in un dato tempo, p. e. in dieci minuti. Il ritardo dell'emolise che può portare un siero in esame vien notato.

Di questo ritardo si terrà conto nella prova coll'estratto. Soltanto quelle emolisi incomplete che sono presenti, quando è passato il doppio del tempo di ritardo, sono valevoli per la diagnosi. (Cfr. PHILIPPSON. *Osservazioni intorno alla RW.*, Policlinico, 1914. — CUCCIA. *La RW. impostata a tempo*, Policlinico, 1921. — BERETVAS. *Sul metodo di Philippson e quello di Kaup per la prova della deviazione del complemento nella sifilide*, Arch. di Pat. e Clinica Medica, 1923).

Dopo aver visto che l'esame del sangue sifilitico viene eseguito con metodi e con criterii differenti, non c'è più da meravigliarsi che i risultati possono variare da un esaminatore all'altro.

C'è il sierologo fanatico che crede ancora alla specificità della RW., forse non più nel senso che si tratti di unione di ambocettore specifico con antigene specifico di spirochete, forse neanche di ambocettore specifico per i lipoidi dell'antigene, ma forse perchè egli pensa che il metodo di Bordet-Gengou è stato elaborato per un fenomeno immunitario che, pur mancando fatti concreti che lo dimostrano, esiste tuttavia nella RW. Conseguentemente per lui i risultati positivi sono « specifici ». Che simili risultati diano anche sieri di altra provenienza, non importa, perchè secondo lui sono « aspecifici » e non si verificano che eccezionalmente. Egli imposta la tecnica in modo tale da aver il maggior numero possibile di risultati positivi che per lui indistintamente equivalgono senz'altro a risultati « specifici ». Per noi medici tale modo di vedere non è accettabile, perchè noi non vogliamo sapere, se nel maggior numero dei casi egli indovini la sifilide, a noi interessa di avere eseguito nel miglior modo possibile la RW. nel singolo caso, per aver risultato sicuro.

Noi siamo consci che il diagnosticare la sifilide, oltre all'esser opera scientifica e pratica, ha anche un lato sociale e morale di grande importanza, a cui non si deve passare sopra alla leggiera.

C'è il puro sierologo, il quale eseguisce rigorosamente il suo compito, quando gli vengono mandati sieri per la RW. I risultati vengono notati esattamente con + e — e consegnati tali quali. L'ingerenza della Clinica nel suo lavoro non viene ammessa, perchè la RW. è opera del laboratorio e basata su principii scientifici, alieni dall'empirismo clinico.

Neanche con lui noi possiamo esser d'accordo, perchè il suo modo di procedere posa sopra un equivoco. Il medico che desidera la RW. non vuol sapere se più o meno emazie siano rimaste indisciolte nei tubetti, ma vuol sapere, se l'esame ha dato la prova sicura della sifilide o meno. Non essendosi fatta da lui alcuna correzione ai risultati, richiesta dall'esperienza clinica, noi non possiamo fidarci dei medesimi.

Viene il sierologo transigente, il quale ha capito la vera posizione della RW. nella medicina e si serve di una tecnica che gli permette di differenziare i risultati valevoli per la diagnosi da quelli che non lo sono. Il Wassermann ci teneva sempre

che il suo metodo non venisse discreditato da risultati che fossero in contrasto colla Clinica, epperò aveva stabilito una tecnica adatta. Quando i risultati non sono netti, egli li dichiara dubbii e in ciò viene seguito da chi pensa come lui.

Infine c'è il sierologo clinico; il clinico stesso che fa l'esame del siero nei casi, in cui egli crede opportuno o necessario ricorrere al medesimo. Per lui la RW. non è che esame ausiliare per l'esame clinico, che eseguisce dopo avere esaurito tutti i mezzi, di cui dispone per fare una diagnosi, inclusa una approfondita anamnesi individuale e famigliare che è di tanta importanza nella sifilide. Egli già prima di procedere alla RW. sa che soltanto un risultato positivo netto può eventualmente influire sulla sua decisione diagnostica e che un risultato dubbio o negativo lascerebbe le cose immutate. D'altronde egli dispone sempre della cura antisifilitica a titolo di prova, onde compiere la sua opera.

Nel renderci ragione dei risultati differenti che possono aversi colla reazione di Wassermann, eseguita sullo stesso siero, noi abbiamo fatto la premessa che le prove siano state eseguite, comunque sia la tecnica, senza errori, altrimenti non sarebbe stato possibile paragonarli fra di loro.

Intanto conviene aggiungere ora che anche per un sierologo provetto la tecnica è e rimane sempre lavoro assai delicato. Non basta conoscere bene la sua esecuzione in tutti i dettagli, ma bisogna conoscere anche tutte le cause di errore che possono introdurvisi. Sta bene, che si osservano tutti i controlli prescritti, ma nella singola prova vi è sempre la possibilità che all'insaputa se n'introduce qualcheduna. Fra quelli meno conosciuti sono:

I sieri in esame, presi con tutte le cautele e conservati subito in ghiacciaia, dopo alcuni giorni possono acquistare maggior proprietà anticomplementare. Da ciò deriva la prescrizione di esaminarli più presto che sia possibile e non oltre 2-3 giorni.

Sieri, mandati per posta, sono quindi esposti a tale alterazione, specialmente nella stagione estiva.

Sieri, nella stagione estiva, hanno in genere maggiore proprietà anticomplementare che non nell'inverno, di cui bisogna quindi tener conto nella tecnica.

Il siero emolitico deve avere alto titolo. Occorrendo a basso titolo maggiore quantità del medesimo per la prova, la maggiore quantità del siero già da per sè ha azione anticomplementare. Questo fatto fu già rilevato dal Bordet e Gengou.

Emazie bovine non possono sostituire quelle di montone, perchè il suo siero emolitico non ha che titolo basso, il che ha l'effetto suddetto. Ciò ha detto il Wassermann già nella sua prima pubblicazione sulla reazione.

Dacchè l'esame sierologico vien fatto pure coi metodi a floculazione di Sachs-Georgi e di Meinicke gli stessi inconvenienti, lamentati per la RW., possono verificarsi anche qui.

Non intendo parlare delle differenze costanti che esistono fra i risultati dell'ultima e dei primi. Questi metodi indicano ancora la sifilide, quando la RW. non lo fa più, il che si osserva frequentemente nei casi di sifilide durante il trattamento. Quindi queste differenze non stanno in contraddizione fra di loro.

Intendo parlare invece dei risultati, dipendenti o da errori di tecnica, oppure dalla non specificità dei metodi.

Difatti anch'essi, come la RW., danno risultato positivo in malaria, framboesia, ulcera molle con bubone e via dicendo, e anch'essi, talvolta, danno deboli gradi di floculazione con sieri normali. Quest'ultimo fatto corrisponde alla proprietà anticomplementare dei sieri in genere nella RW. e si osserva già nel controllo del siero, fatto con aggiunta di alcool puro, anzichè di estratto. Con questi sieri, detti autoflocculanti, succede che talvolta nella prova coll'estratto la floculazione non si verifica più, mentre altre volte persiste, dando perciò risultato, come lo può dare anche siero sifilitico.

In quanto alla tecnica c'è da dire che, quantunque sia molto più semplice che quella della RW., pur nondimeno è altrettanto delicata e può esporre facilmente a degli errori. Siccome il vero reattivo non è più l'estratto tale quale viene usato nella RW., ma invece l'emulsione, che se ne prepara *ex tempore*, è innanzi tutto la sua preparazione che può già esporre a risultati falsi. E, sebbene gli autori dei metodi abbiano dato delle istruzioni in proposito, queste non bastano, per garentirne la riuscita costante.

È soltanto colla pratica che vi si arriva. Che veramente esista questa difficoltà lo prova pure il fatto che furono costruiti appositamente degli apparecchi per la preparazione dell'emulsione per la Sachs-Georgi.

Ora una emulsione perfetta funziona così, come lo richiede il metodo, mentre una emulsione fatta male e che può avere lo stesso aspetto dell'altra conduce senz'altro a dei risultati falsi.

Il secondo fattore importante per le reazioni è la temperatura, in cui si svolgono.

Nella prima pubblicazione del loro metodo Sachs-Georgi prescrivevano 2 ore di termostato e dopo l'ambiente. In questo modo anche sieri non luetici floculano, come sieri luetici. Allora fu prescritto di lasciare i tubi 24 ore nel termostato e si ebbero dei risultati giusti.

Quindi per la reazione non occorre soltanto l'emulsione adatta, ma anche temperatura adatta. Riguardo alla temperatura c'è però da aggiungere ancora un'altra cosa, e cioè che durante tutto il tempo essa sia costante.

Se la temperatura è soggetta a grandi oscillazioni, succede lo stesso, come alla temperatura dell'ambiente, e cioè i risultati diventano falsi.

Di fronte alla tecnica della RW. vi sono quindi queste due differenze sostanziali: l'estratto non vien semplicemente diluito con soluzione fisiologica (rispettivamente nella Meinicke con soluzione cloruro sodica al 2 %), ma dal medesimo vien preparato il reattivo secondo ben determinate regole. E la temperatura elevata costante, occorrente per la reazione, non serve per accelerarla (come avviene nella RW. che del resto può eseguirsi anche all'ambiente), costituisce invece un reattivo vero e proprio, perchè soltanto la floculazione che con essa si forma è il vero risultato del metodo, mentre, quando avviene in altre condizioni, non ha alcun valore.

Le ragioni e i motivi che ci spiegano i risultati contraddittorii nella RW. valgono quindi anche per questi metodi. Delle modalità tecniche di apparenza irrilevanti possono condurre a risultati falsi; nei gradi deboli di reazione i sieri non sifilitici si confondono con quelli sifilitici e ai fini della diagnosi i metodi hanno bisogno di una correzione, con cui si stabilisce il limite, oltre cui i risultati non sono più attendibili.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIACOMO IN ROMA
II REPARTO.

Coleperitoneo con integrità apparente delle vie biliari (*)

per il prof. SERTORIO MARINACCI, libero docente chirurgo-aiuto.

Data la rarità dell'affezione e dei casi pubblicati ho creduto opportuno illustrare brevemente il caso da me osservato e operato nell'Ospedale di S. Giacomo nell'aprile scorso.

N. A., di anni 33. Nulla nel gentilizio: nell'anamnesi remota vi è di notevole la frequenza di sofferenze a carico dell'apparato digerente: sei anni fà l'infermo soffrì a periodi di dolori che egli ricorda fossero localizzati all'epigastrio, dolori non influenzati dai pasti, che duravano vari giorni, e a volte assumevano notevole intensità tanto da impedire il lavoro e procurare delle notti insonni: tre anni fa ebbe una colica epatica, dalla quale guarì rapidamente: lo stesso anno soffrì di enterite: prima che insorgesse la presente malattia l'infermo notò una lieve itterizia, che si manifestò circa venti giorni innanzi.

Il 28 aprile, dopo aver mangiato, l'infermo fu preso all'improvviso da dolori addominali intensi, diffusi, più intensi nella metà destra: ebbe vomito ripetuto, prima alimentare poi di liquido verdastro: modica elevazione di temperatura.

Il giorno seguente l'infermo fu trasportato all'Ospedale di S. Giacomo: le condizioni generali erano discrete; il polso sulle 100 pulsazioni: all'esame dell'addome si notava una difesa intensa nella metà destra dell'addome, più accentuata nella fossa iliaca: con percussione superficiale si metteva in evidenza una riduzione di suono nella fossa iliaca destra: per i dati anamnestici e obiettivi per la frequenza dell'affezone, si diagnosticò trattarsi di peritonite, con grande probabilità da appendicite perforata e decisi di operar subito l'infermo.

Rachian. alta (stov. 0.07) positiva. Incisione di Lennander che si prolunga poi sino all'arcata costale: aperto il peritoneo, fluì subito una notevole quantità di liquido verdastro, inodore, che appariva libero nella cavità peritoneale: nelle anse intestinali essudazioni fibrinose diffuse: sebbene già la qualità del liquido facesse escludere un'appendicite, esploro l'appendice che difatti trovai normale: esploro quindi gli organi della metà superiore dell'addome poichè sembra che il liquido fluisca dall'alto: esplorazione accurata dello stomaco nella sua parete anteriore posteriore ove non rinvenni perforazione ma solo notevoli depositi fibrinosi: esplorazione del duodeno e del digiuno nella sua porzione iniziale; non trovo alcuna perforazione: passo ad esplorare il fegato: la cistifellea è ripiena: esplorando la faccia inferiore del fegato verso l'ilo, vedo fluire liquido nettamente bilioso, senza per

(*) Comunicazione fatta all'Accademia Medica di Roma nella seduta ordinaria del 28 luglio 1924.

altro mi fosse possibile nè nella cistifellea, nè nelle vie biliari extraepatiche trovare una lesione di continuo: pensai allora, e dissi ai colleghi che mi assistevano, che solo potevo spiegare il caso annoverandolo fra i rarissimi esistenti, ma pur descritti, di coleperitoneo con integrità apparente delle vie biliari, e secondo questo concetto diagnostico, che il decorso ulteriore mi dimostrò esatto, diressi la terapia: era razionale cercar di derivar la bile all'esterno onde impedire il suo riversarsi nel peritoneo, sinchè la lesione, non vista ma esistente, da dove essa fluiva fosse cicatrizzata: applicai perciò due tamponi di garza sterile sulla faccia inferiore del fegato in vicinanza dell'ilo che agissero di guida verso l'esterno alla bile stravasata: però nel timore che tale drenaggio non funzionasse o fosse insufficiente suturai il fondo della cistifellea al peritoneo parietale, senza aprirlo, riservandomi ad aprirlo se fosse necessario: per il resto suturai di prima la ferita addominale.

Le condizioni dell'infermo migliorarono subito, l'addome divenne trattabile, scomparve il vomito: dalla ferita fluì, i primi cinque giorni, bile abbondante: in nona giornata tolsi i tamponi, la ferita andò rapidamente cicatrizzando: il decorso post-operatorio fu complicato nei primi giorni da una pleurite essudativa destra: la puntura confermò trattarsi di liquido citrino, del quale si ebbe un riassorbimento rapido, spontaneo. L'infermo è ora completamente guarito ed ha lasciato l'Ospedale dopo 40 giorni dall'operazione.

Questa in breve la storia clinica del caso: vi è di notevole nell'anamnesi le sofferenze epatiche; l'inizio brusco: il reperto operatorio, molto interessante, ci dimostra trattarsi di un versamento biliare intraperitoneale con reazione peritoneale incipiente al versamento asettico, sotto forma di essudazione fibrinosa: un certo grado di ritenzione biliare come dimostra la vescicola biliare distesa: l'assenza di lesioni visibili a carico delle vie biliari extraepatiche e della cistifellea.

Quale la patogenesi di questi casi, molto rari? ma pur esistenti, in numero limitati, nella letteratura?

La bile che si versa nel peritoneo può provenire dal duodeno, dal fegato, dalle vie biliari: Wolf ritiene che la bile provenga da una lesione piccola, del duodeno che può sfuggire all'osservazione: tale opinione però non sembra verosimile poichè a una rottura del duodeno segue inevitabilmente una peritonite diffusa o una circoscritta: nell'uno e nell'altro caso il versamento è più purulento che bilioso: un versamento biliare si può avere in seguito a rottura di cisti idadidea del fegato: ma tale lesione non passa inosservata. Il Giubè perciò ritiene che l'unica origine possibile siano le vie biliari, sia intra- che extraepatiche.

Il Grynfelt sostiene l'ipotesi della transudazione della bile dai vasi aberranti della superficie del fegato, che in questi casi si trovano dilatati e perfino varicosi: tale teoria fu poi sostenuta anche dal Vogel. Sotto il nome di vasi aberranti si disegnano dei condotti suddivisi e anastomizzati fra loro, che non è raro osservare sotto l'inviluppo fibroso del fegato, specialmente dopo una buona iniezione dei vasi biliari: essi sono costituiti da una parete connettivale e da un epitelio cilindrico: punti di predilezione sono il legamento triangolare, il legamento sospensore, il lobulo di Spigelio, le vicinanze della vescicola biliare. Non tutti sono d'accordo circa il modo come avviene la fuoruscita della bile: e mentre il Grynfelt emette l'ipotesi della filtrazione biliare attraverso la parete intatta, il Vögel ritiene si tratti di una vera rottura di essi: la fuoruscita della bile è determinata dalla ritenzione biliare: l'ostruzione dei canali extraepatici determina una distensione dei canalicoli extraepatici non solo superficiali ma profondi, con conseguente fuoruscita della bile.

Altri ammettono una fuoruscita di bile dalle vie biliari extraepatiche: l'ipotesi più semplice è che la bile esca da perforazioni minuscole, specialmente della cistifelea, che spesso possono passare inosservate e che come ritiene Hugel non sono molto rare: secondo altra teoria si tratterebbe di transudazione della bile a livello delle vie extraepatiche, ipotesi che non ha una base clinica nè sperimentale.

Spesso nel coleperitoneo esiste ittero: però l'ittero è più frequente all'inizio dell'affezione, diminuisce in seguito e scompare a misura che si sviluppa lo spandimento intraperitoneale: il fatto clinico è oscuro e spiegabile con varie ipotesi, la più attendibile delle quali è che l'alterazione indotta nel peritoneo dall'azione irritante della bile diminuisca e sospenda temporaneamente il potere assorbente del peritoneo.

Il peritoneo risponde all'irritazione prodotta dalla bile asettica con essudazione sierosa: non sembra che il coleperitoneo possa produrre la morte per sè, il vero pericolo è costituito dall'infezione, sia primitiva, quando la bile è già di per sè infetta, sia che la bile s'infetti secondariamente, per passaggio dei germi da uno dei numerosi organi a contenuto settico che la bile riveste, tanto più che, come ha dimostrato il Noetzel la bile diminuisce il potere di resistenza del peritoneo contro i germi.

La quantità di bile contenuta nel peritoneo è molto variabile ma in genere è sempre notevole, potendo a volte raggiungere un volume notevole: in un caso del Barzellini vi era un versamento di 10 litri. Si tratta di un liquido chiaro, meno filante della bile, di colorito giallo d'oro, giallo-ocraceo, o verdastro: a volte è torbido, qualche volta, come nel caso da me osservato, presenta

masse fibrinose: il liquido ha tendenza a impregnare della sua materia colorante i visceri addominali che bagna: generalmente contiene albumina, urobilina: l'esame batteriologico ha dimostrato a volte la presenza di germi vari (Cocchi, Bacillo del tifo, Bacterium coli), in altri casi il liquido era sterile.

La bile versatasi nel peritoneo in alcuni casi rimane come liquido libero, in altri casi tende a incistarsi e si formano delle raccolte circoscritte, periepatiche, sotto-freniche ecc.

Il coleperitoneo è stato sinora in quasi tutti i casi una sorpresa operatoria o necroscopica. Uno dei sintomi più importante è il dolore tanto spontaneo che alla pressione. Il dolore spontaneo presenta varie modalità secondo che si tratti di casi ad andamento acuto o di casi che decorrono lentamente: nei casi acuti il dolore è il primo sintoma dell'affezione ed è intenso come quello che si manifesta nelle peritoniti da perforazione, ora vago e mal localizzato, ora al contrario è localizzato al fianco d. all'epigastrio, al punto di Mack-Burney, onde il più delle volte i malati vengono operati per peritonite da perforazione, colecistite, appendicite, come nel mio caso. Nei casi ad andamento cronico i dolori spontanei o non esistono o sono leggeri: il dolore alla pressione per lo più si comporta come il dolore spontaneo. La febbre, quasi sempre assente nei casi cronici è frequente nei casi ad andamento acuto: l'ittero generalmente assente, escluso il primo periodo della malattia: in alcuni casi vi è arresto completo delle materie fecali e dei gas, simulante un'occlusione intestinale, provocata dalla reazione peritoneale al versamento biliare. Fra i sintomi obiettivi si deve ricordare la presenza di reazione peritoneale sotto forma di difesa che può mancare nei vasi a decorso lento; il versamento biliare che si rivela con sintomi diversi secondo che sia libero o circoscritto. Il trattamento non può essere che chirurgico. Siccome molte volte la diagnosi non è esatta l'incisione che si fa non è adatta, onde bisogna prolungarla in alto, oppure praticare una seconda incisione adatta a esplorare metodicamente la cistifellea, il cistico, il coledoco, l'epatico, la faccia inferiore del fegato, ove a volta si potranno trovare canalicoli dilatati e ulcerati.

In caso di raccolta incistata si pratica l'apertura della raccolta e il drenaggio consecutivo. In casi di spandimento diffuso se si trovano lesioni della cistifellea, la si asporterà, si esploreranno le vie biliari e si praticherà il drenaggio delle vie biliari: se non si trova niente di apprezzabile nelle vie biliari, si praticherà il drenaggio del peritoneo o la colecistostomia. Il drenaggio del peritoneo ha lo scopo di far fluire la bile all'esterno, mentre si ripara la lesione che dette luogo a fuoruscita della bile: il drenaggio peritoneale è un trattamento palliativo, non ha nessuna influenza sulla lesione primitiva; però nel mio caso esso è stato sufficiente per determinare la guarigione.

Non è lo stesso per la colecistostomia: quasi sempre esiste un certo grado di ritenzione biliare come dimostra la distensione della vescicola biliare: la ritenzione, porta alla distensione dei canalicoli biliari e determina la fuoruscita di bile per il processo di filtrazione, o per rottura dei canalicoli biliari: perciò l'indicazione di sopprimere la ritenzione biliare praticando la colecistostomia se, p. e., la ritenzione è determinata da un'affezione pancreatica, o la colecistectomia se si tratta di litiasi biliare: perciò il drenaggio delle vie biliari deve in circostanza, aggiungersi o sostituire il drenaggio peritoneale il quale però può, come nel mio caso, esser da solo sufficiente.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Rottura traumatica sottocutanea intraperitoneale del duodeno.

Dott. GIOVANNI CAVINA, chirurgo comprimario e libero docente.

Il primo luglio 1924, nel pomeriggio, un muratore appena ventenne è ricoverato nell'Ospedale Maggiore di Bologna in condizioni gravissime per shock ed anemia profonda. Interrogato, dichiara di essere caduto circa due ore prima da un ponte dell'altezza di parecchi metri sull'estremità di una « putrella » (trave di ferro) ritta verticalmente sul terreno, battendovi sopra con il ventre in corrispondenza di un punto situato a destra della linea mediana, un poco al disopra dell'ombelico. Quivi infatti, all'esame obbiettivo si scorge un'abrasione cutanea assai superficiale e circoscritta, mentre la parete addominale è perfettamente integra. Il ventre è teso, duro come una tavola, dolentissimo dappertutto alla minima pressione manuale, ma più spiccatamente nella zona offesa dal trauma. Esiste una marcata ottusità a livello dei fianchi, nonchè della fossa iliaca sinistra. La cute e le mucose visibili sono intensamente scolorate: polso piccolo, contratto, della frequenza di 92. Vomito alimentare.

In queste condizioni, fatta diagnosi di contusione grave dell'addome con lesione viscerale interna, si procede immediatamente, sotto leggera narcosi eterea, ad un intervento laparotomico. Aperto il ventre con un lungo taglio mediano sopra- e sotto-ombelicale, si dà esito anzitutto a circa *due litri* di sangue fluido, raccolto specialmente nella metà sinistra del cavo peritoneale. La sorgente della formidabile emorragia si riconosce agevolmente nella lacerazione di alcuni vasi del mesocolon trasverso, che si pinzettano e si allacciano. Il meso stesso presenta verso la

sua radice un'ampia breccia, attraverso la quale si scorge una soluzione di continuo della faccia anteriore del duodeno, di forma lineare, a direzione verticale, della lunghezza di circa quattro centimetri. La ferita interessa la seconda porzione del duodeno (porzione discendente), è beante e lascia defluire a fiotti liquido distintamente verdastro, biliare: i bordi mostrano una leggera protrusione della tonaca mucosa.

Si chiude la ferita — non senza qualche difficoltà tecnica — mediante un doppio piano di sutura a punti staccati, rispettivamente mucoso e siero-muscolare. Quindi si esplorano rapidamente gli altri visceri addominali e si scopre una seconda ferita a carico di una delle prime anse del digiuno: tale ferita a decorso trasversale è situata sulla faccia libera dell'ansa e mostra nei suoi bordi una spiccata estroflessione della mucosa senza fuoriuscita apprezzabile di contenuto intestinale. Enterorrafia, toeletta peritoneale, sutura delle pareti in massa, drenaggio. Dopo circa ventiquattro ore, *exitus* dell'operato con tutti i fenomeni tipici della peritonite acuta generalizzata.

Tale, per sommi capi, la storia clinica del caso che ci è occorso di osservare e che deriva il suo interesse più che altro dalla insolita sede della lesione intestinale. Che si tratti effettivamente di una evenienza piuttosto rara, lo dimostra il fatto che fino al 1917 secondo Melchior non esistevano nella letteratura scientifica più di cento osservazioni di rottura traumatica sottocutanea del duodeno, di cui tre solo italiane (Brambillo, Viti, Cauli). A queste ultime se ne deve aggiungere una recentissima del Vaccari. Ma, se si tien conto che nel gruppo dei casi raccolti dal Melchior, specialmente fra i più antichi, vi sono comprese parecchie perforazioni traumatiche in rapporto con ulceri duodenali preesistenti (e tali appunto sono da considerarsi, per limitarci alle osservazioni italiane, quelle del Brambillo e del Viti), allora la rarità della rottura sottocutanea vera del duodeno, allo stato cioè di perfetta integrità di quest'organo, diventa di gran lunga maggiore.

Sorvolando sulla eziologia della lesione in discorso, la quale è stata segnalata in seguito a traumatismi della più svariata natura (investimenti, calcio di cavallo, caduta dall'alto su corpi ottusi, come nel caso nostro, ecc.), è opportuno piuttosto accennare al suo meccanismo di produzione, problema che in pratica non è sempre agevole a risolversi. Per analogia a quanto si ammette per le lesioni della stessa natura interessanti altri segmenti del tubo gastro-enterico, occorre prendere in considerazione i tre seguenti principali meccanismi:

a) *scoppio* (éclatement, Berstung);

b) *strappamento* (déchirure, Zugwirkung);

c) *schiacciamento* (écrasement, Zerquetschung).

La *rottura da scoppio*, per cui si avrebbe la cerazione della parete intestinale in seguito ad un improvviso aumento della pressione interna enterica, presuppone uno stato di ripienezza e di distensione del duodeno, quale normalmente in quest'organo non si verifica mai, laonde secondo gli Autori più autorevoli questa ipotesi patogenetica dovrebbe essere del tutto scartata.

Riguardo invece alla *rottura da strappamento*, senza dubbio va ammessa in molti casi ed è facile ad immaginarsi, ricordando che il duodeno è fissato saldamente in tutto il suo decorso alla parete posteriore dell'addome, tranne che nella porzione iniziale e nell'angolo duodeno-digiunale. Ora, se lo stomaco o la prima ansa del digiuno, che godono di una grande mobilità, subiscono per effetto di un trauma contusivo del ventre un improvviso dislocamento, può per trazione avvenire una lacerazione più o meno estesa del duodeno, talora perfino una rottura completa trasversale del medesimo. Tale evenienza è stata segnalata particolarmente dopo investimenti da parte di veicoli (passaggio di ruote sul ventre), mentre che quando si tratta di azioni traumaticne circoscritte, il meccanismo più comune è certamente quello dello *schiacciamento diretto*, che si intuisce facilmente dato l'esteso contatto del duodeno con la colonna vertebrale. Questo è appunto quanto verosimilmente avvenne nel nostro infortunato. Nella improvvisa caduta che egli fece dall'alto sull'estremità angolosa di un « putrella », il duodeno restò compresso e schiacciato fra il corpo contundente e la resistenza del rachide. E poichè è presumibile che l'operaio non avesse avuto il tempo di prevedere il colpo e di difendersi quindi con la contrazione istintiva dei suoi muscoli addominali, così è naturale, che, per la rilassatezza della parete, gli effetti del trauma dovettero essere dei più gravi. Con lo stesso meccanismo è razionale ammettere che simultaneamente si producessero le altre lesioni sopra ricordate, cioè la rottura di un'ansa digiunale, nonchè la lacerazione del mesocolon trasverso, causa principale dell'imponente emoperitoneo da noi constatato all'apertura del ventre.

Riguardo alla sede della rottura duodenale, dalla statistica del Melchior risulta che di solito si verifica nel secondo tratto (pars descendens) o nel terzo (pars horizontalis inferior) e può essere — in linea generale — *intraperitoneale* o *retroperitoneale*, a seconda che la perforazione interessa rispettivamente la parete anteriore (provvista di peritoneo) o posteriore del duodeno. Tale distinzione, oltre che dal punto di vista anatomo-patologico, non è priva di importanza

nei riguardi della clinica, giacchè la sintomatologia della lesione può essere, almeno nei primi stadi, diversa nei due casi.

Nelle rotture *intraperitoneali* la scena è dominata da principio da fenomeni di shock, cui subentrano rapidamente quelli di una peritonite acuta generale. I sintomi clinici sono gli stessi che si accompagnano a tutte le perforazioni intestinali endocavitarie: vomito, rigidità e dolorabilità del ventre sia spontanea, sia alla pressione, alterazioni del polso, modificazioni percussorie attestanti la presenza di gas o di liquido libero (sangue, contenuto intestinale, essudati) nel cavo peritoneale. Due fatti possono tuttavia richiamare l'attenzione sulla sede duodenale della perforazione, e cioè la maggiore dolorabilità del ventre nelle parti alte dell'addome e specialmente nella regione del duodeno quando vi corrisponda anche la sede del trauma, e l'emissione di sangue con il vomito, sintoma quest'ultimo comune alle lesioni gastriche e del resto solo eccezionalmente segnalato.

Nelle rotture *retroperitoneali* invece, può esistere, in qualche caso, un complesso sintomatico sotto certi riguardi abbastanza caratteristico, rappresentato dall assenza di alterazioni dimostrabili alla percussione dell'addome e dalla comparsa improvvisa nella profondità del ventre di una tumefazione di vario volume, palpabile, eventualmente fluttuante, immobile negli atti respiratori. Tale tumefazione riconosce la sua origine in un versamento di sangue (ematoma) o di contenuto intestinale o di gas nel cellulare retroperitoneale, versamento che conduce quasi inevitabilmente alla formazione di un flemmone del tessuto retroperitoneale stesso. Negli stadi ulteriori, la raccolta settica irrompe nella grande cavità peritoneale e si ha così l'evoluzione fatale verso una peritonite acuta generalizzata. I fenomeni terminali sono quindi identici a quelli delle rotture del duodeno fin dall'inizio endocavitarie.

Tanto nelle lesioni intra-, quanto in quelle retro-peritoneali, il *decorso* dei casi abbandonati a sè è « foudroyant », avendosi generalmente la morte nello spazio di 24-48 ore. Ad aggravare la prognosi contribuisce la frequente concomitanza di altre lesioni viscerali riscontrate a carico principalmente dello stomaco, del tenue, del colon, del fegato, del pancreas. Eccezionalmente si può avere guarigione spontanea, attraverso la formazione di ascessi circoscritti o di fistole duodenali.

È ovvio pertanto che il *trattamento* di tali lesioni non può essere oggidì che operatorio. S'impone d'urgenza la laparotomia, per la quale si darà la scelta all'incisione anteriore mediana, che permette una larga esplorazione di tutti i visceri addominali e quindi il riconoscimento di ogni eventuale lesione concomitante. Dal Vaccari si è recentemente insistito sui vantaggi che il taglio trasverso lombo-addominale potrebbe presentare specialmente nelle lesioni retro-peritoneali, ma credo che questa via di accesso non possa essere seguita che in condizioni eccezionali, stante le insuperabili difficoltà che, come abbiamo già visto, praticamente si incontrano nella diagnosi esatta di perforazione a sede duodenale. Giova ricordare che non solo clinicamente prima dell'operazione, ma perfino a ventre aperto certe lesioni duodenali, se non sono molto estese, possono sfuggire all'attenzione del chirurgo, qualora non si abbia l'avvertenza di esplorare la retrocavità degli epiploon mercè l'introduzione di un dito nel foro di Winslow, incidendo nei casi sospetti il legamento gastro-colico, o praticando lo scollamento colon-epiploico, o infine mobilizzando il duodeno secondo il processo di Kocher per ispezionarne la faccia posteriore. Nel nostro caso queste difficoltà non esistevano, perchè l'ampia lacerazione avvenuta alla radice del mesocolon trasverso ci condusse direttamente sulla lesione duodenale.

Una volta riconosciuta la perforazione, occorre provvedere alla sua chiusura definitiva. Nelle rotture parziali, si praticherà un'enterorrafia, seguendo le norme di tecnica abituali. Allorchè la lesione sia molto estesa, è consigliabile deviare il circolo alimentare con una gastro-enterostomia associata a stenotizzazione del piloro, allo scopo di alleggerire la pressione sulla linea di sutura ed evitare così una possibile deiscenza secondaria, la quale — come è ben noto — è già in alto grado favorita dall'azione necrotizzante del contenuto duodenale sui margini della sutura stessa.

Nelle rotture complete trasversali, il compito del chirurgo è molto più arduo e complesso: in queste circostanze si potrà tentare la riunione circolare diretta dei due monconi duodenali, oppure la chiusura dei medesimi a fondo cieco e il ristabilimento del circolo mercè una gastrodigiunostomia od anche una duodeno-digiunostomia. Allorchè sia compromessa la papilla del Vater, non vi è altra via che ricorrere all'indaginosa operazione del Kausch.

Di regola sarà prudente lasciare nel ventre un drenaggio anteriore, completato eventualmente da una controapertura e drenaggio lombare, quando si tratti di lesioni duodenali a sede retroperitoneale.

Grazie all'intervento immediato si contano già nella letteratura parecchie guarigioni operatorie: Melchior ne ha raccolti 17 casi. Nel nostro operato purtroppo, nonostante l'intervento pre-

cocissimo, l'esito fu rapidamente infausto. Noi ci limitammo semplicemente a suturare la ferita del duodeno, giacchè la gravità delle condizioni generali non ci avrebbe consentito di praticare una gastroenterostomia complementare. La morte avvenuta a 24 ore appena di distanza dal trauma per peritonite acuta diffusa ipertossica, deve essere attribuita all'abbondante versamento del contenuto duodenale nel cavo addominale (si noti che l'individuo fu vittima dell'infortunio durante il periodo digestivo), ma fu senza dubbio affrettata dalla formidabile emorragia endoperitoneale causata dalla concomitante lacerazione del mesocolon trasverso.

BIBLIOGRAFIA.

BRAMBILLO. *Rottura dell'intestino causata da un pugno.* Gazzetta Medica Lombarda, 1882, n. 32.

CAULI. *Contusione addominale, rottura incompleta dello stomaco e completa del duodeno: contusione grave del pancreas e del colon.* Rivista Ospedaliera, 1913, III, pag. 311.

MELCHIOR. *Die Chirurgie des Duodenum.* Stuttgart, Enke, 1917.

RANDISI. *Chirurgia del duodeno.* Torino, Rosenberg e Sellier, 1915.

VACCARI C. *Il taglio trasverso lombo-addominale nelle lesioni del duodeno.* Archivio It. di Chirurgia, 1924, X, p. 49.

VITI. *Rottura del duodeno per trauma e contributo allo studio del processo riparativo nell'ulcera duodenale cronica.* Riforma medica, 1889, p. 1064.

NOTE DI TECNICA.

LABORATORIO DI BATTERIOLOGIA e MICROGRAFIA
DELLA DIREZIONE GENERALE DELLA SANITÀ PUBBLICA
diretto dal prof. B. GOSIO.

Colorazione dei preparati microscopici delle farine coll'jodio: tecnica e vantaggi del metodo

per il dott. VINCENZO MARINO, assistente.

La ben nota reazione dell'jodio è stata da me applicata alla microscopia delle farine con l'intento di produrre negli elementi di esse una tonalità di colorazione tale da permetterne di mettere in rilievo i particolari morfologici dei singoli componenti, in modo da facilitarne l'osservazione microscopica rendendo più evidente la differenziazione degli elementi contenuti nelle miscele ed a semplificare quindi la diagnosi.

Ho creduto bene rendere noti i risultati delle mie ricerche perchè essi possano riuscire utili specialmente ai laboratori deputati a queste analisi e ciò tanto più in quanto il procedimento da seguire per allestire un preparato con questo metodo, non offre nè difficoltà di tecnica nè impiego di tempo superiore a quello necessario per allestire un comune preparato a fresco di farina.

TECNICA. — Si pongono in un vetrino da orologio tre goccie di liquido di Lugol a cui si aggiungono, con la medesima pipetta ch'è servita per il Lugol, nove goccie di acqua distillata. Si mescola bene con l'ansa e quindi vi si stemperano una o due ansate di farina. Si ha subito la nota reazione di colore. Si rimescola ancora con l'ansa per qualche minuto per esser certi che la reazione avvenga completamente, indi presa col rovescio dell'ansa stessa una goccia di questa miscela, la si depone in un vetrino portaoggetti e, sovrappostovi un coprioggetti, si esamina come al solito prima a 50-100 e poi a 300-400 diametri, adoperando un oculare micrometrico.

OSSERVAZIONI SULL'APPLICAZIONE DEL METODO E VANTAGGI DI ESSO.

1) *Gli elementi della farina in genere ed i granuli di amido in specie, non subiscono alcuna alterazione sia nella forma come nella grandezza e nelle varie caratteristiche proprie ai granuli di amido di ciascun cereale;* anzi, col metodo da me consigliato, essi si conservano integri più a lungo che adoperando il metodo comune ed i loro caratteri possono osservarsi bene anche fin oltre 30 minuti e più dal momento della preparazione della miscela nel vetrino da orologio, non verificandosi il loro lamentato rigonfiamento, e questo fatto è dovuto all'azione fissatrice spiegata dal liquido jodio-jodurato sui granuli stessi.

2) I granuli di amido appaiono, anzichè scolorati come con la comune tecnica, elegantemente colorati in azzurro pallido. I contorni di essi si presentano netti all'osservazione, senza bisogno di dover continuamente foghettare.

A questo proposito ho potuto osservare che all'esame degli amidi del *tipo globoso-lenticolare* (Di Vestea), si nota che, mentre i granuli più grandi assumono una colorazione tendente al violetto, i medi e i piccoli si colorano in azzurro chiaro e solo molto più raramente presentano la colorazione dei primi, a meno chè il Lugol adoperato non sia stato in eccesso o vi abbia agito troppo a lungo. La spiegazione di questo fatto si ha mettendo in relazione questa osservazione con quanto chimicamente dimostrarono Macquenne e Roux (Strasburger: *Trattato di Botanica*) che cioè: « il granulo di amido è formato in maggior parte da *amilosi* che tinge in bleu con l'jodio ed in minor parte da *amilopectina*, vicina al glicogeno, che con l'jodio si colora in bleu violetto ». Da ciò possiamo quindi dedurre che, mentre l'amilosi viene a costituire, almeno

per la maggior parte, i granuli medi e piccoli l'amilopectina sarebbe contenuta, almeno prevalentemente, nei granuli più grossi.

3) I granuli di amido che rientrano nel *tipo-globoso-poliedrico* (Di Vestea), col presente metodo si colorano molto debolmente, però in essi gli spigoli delle formazioni poliedriche appaiono così marcati che si rendono evidentissimi in una miscela di farina, non lasciando alcun dubbio sulla qualità del tipo cui appartengono.

4) Gli ili dei granuli di amido riescono a mettersi molto bene in evidenza perchè essi, o risaltano come un punto scolorato, oppure, specialmente quelli di forma stellata o lineare, assumono una ipercolorazione bleu intensa, tendente al nero, che li fa spiccare sul resto del granulo il quale rimane colorato in azzurro chiaro.

Questo particolare comportamento della colorazione evita di ricorrere a metodi speciali atti a mettere in evidenza gli ili, quali metodi, con rendimento non superiore al presente, oltre ad essere più laboriosi, finiscono per alterare più o meno i granuli in esame.

5) La stratificazione dei granuli con questo metodo si rende pure più manifesta, perchè le varie strie concentriche che la costituiscono, vengono a colorarsi alternativamente una con maggiore ed una con minore intensità.

6) Gli elementi cruscali, a meno che per l'atto della macinazione non siano completamente cosparsi di polvere di amido, eventualità piuttosto rara, rimangono del tutto scolorati e quindi risaltano subito all'osservazione, anche quando per la loro forma e dimensione avrebbero potuto, con l'usuale metodo, passare inosservati.

Lo stesso dicasi per gli elementi del legno, i quali rimangono pure scolorati, onde diventano più facilmente individualizzabili nell'esame di farine con esso sofisticate.

*
* *

Al chiarissimo prof. Gosio rivolgo sentito un ringraziamento per i saggi consigli prodigatimi nel corso delle presenti ricerche.

Roma, 23 agosto 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

La patogenesi del carbonchio interno.

(G. SANARELLI. *Annali d'Igiene*, 1925, n. 4).

Si sostiene oggi dai più che il carbonchio interno sia, in primo tempo, una vera e propria micosi intestinale, provocata dalla germinazione delle spore contenute nel canale digerente a cui sussegue, in secondo tempo, l'infezione generale. Questo modo di vedere è basato essenzialmente sulle esperienze di Koch, Gaffky e Löffler che, introducendo nello stomaco delle pecore un cilindro di patata contenente spore di carbonchio, osservarono la morte di tali animali. Sembrava in tal modo dimostrata erronea la teoria di Toussaint e Pasteur, secondo cui il carbonchio interno derivava da infezione attraverso erosioni delle prime vie digerenti, in quanto che, con l'introduzione diretta nello stomaco delle spore, chiuse nella patata, si riteneva di escludere la possibilità di infezione attraverso lesioni delle prime vie digerenti.

Un nuovo orientamento in questo campo ci viene ora dato dall'A., il quale incomincia a rilevare che le esperienze di Koch e Gaffky sono inficiate da una causa di errore; esse, di fatto, sono state fatte su pecore che sono ruminanti e quindi, se nell'introduzione della patata con spore, si evita una contaminazione accidentale della bocca, questa avviene in secondo tempo quando, con la ruminazione, gli alimenti e dunque anche la patata, ritornano in bocca e le spore possono penetrare attraverso lesioni accidentali.

Che il carbonchio non sia una micosi intestinale, viene poi dimostrato dall'A. per altre vie. Anzitutto egli ha stabilito con esperienze che l'ambiente gastrico ed intestinale non è adatto per la moltiplicazione del bacillo del carbonchio che vi si sviluppasse da spore ivi germinanti, in quanto che il succo gastrico e quello enterico hanno una manifesta azione battericida sui bacilli del carbonchio i quali, posti in contatto con detti succhi, muoiono in pochi minuti in vivo come in vitro.

Ma l'ambiente gastro-intestinale non è favorevole nemmeno per la germinazione delle spore. Queste, come l'A. ha dimostrato con una tecnica rigorosa, passano inalterate attraverso lo stomaco, si distribuiscono lungo l'intestino e si eliminano poi con le feci. Ora, nell'intestino, esse subiscono l'azione dei bacilli antagonisti (osservabile anche in vitro) per cui questi si sviluppano abbondantemente, mentre le spore non ger-

minano affatto. Tale azione è specialmente esercitata dal colibacillo.

Più che nel canale digerente, le spore del carbonchio che arrivano nella bocca, a mucosa integra, sono però rapidamente trasportate nei polmoni. Quivi i fatti si svolgono diversamente secondo la quantità delle spore stesse. Quando queste sono in dose submortale (meno di 50,000 per il coniglio) i fagociti se ne impossessano ben presto e le trasportano nella circolazione generale ed anche parecchi giorni dopo l'introduzione, esse possono trovarsi nei diversi organi, dove non arrecano alcun disturbo e finiscono con l'essere digerite in sito, od eliminate attraverso l'intestino. Se invece esse sono in maggior numero (p. es., 100,000) i fagociti sono insufficienti per il loro compito, le spore germinano ed i bacilli, attraverso la parete degli alveoli polmonari, penetrano nella circolazione generale e danno luogo alla setticemia carbonchiosa.

Anche con una dose submortale di spore, si può avere talvolta lo sviluppo del carbonchio. Ma, in tal caso, è necessario introdurre in qualsiasi parte dell'organismo una sostanza capace di creare dei focolai necrobiotici o di turbare in qualche modo l'equilibrio chimico o fisico-chimico. Tali sostanze sono l'arsenico, il chinino, l'acido lattico, il glucosio, il peptone, il sangue, il latte, l'acqua distillata, le colture vive o morte di colibacilli; basta altresì provocare un abbassamento della resistenza generale dell'animale col tenerlo in termostato a 37° (ipertermia) oppure mantenendolo a dieta secca.

La genesi del carbonchio interno appare quindi, con le ricerche del Sanarelli del tutto diversa da quanto si era fin qui ritenuto. Le spore dalla cavità orale passano rapidamente ai polmoni, donde per la circolazione generale, si diffondono in tutto l'organismo e vi si sviluppano in bacilli soltanto se sono penetrate in quantità eccessiva oppure se vi è un abbassamento della resistenza dell'organismo stesso. Le gravi lesioni dell'apparato digerente che si osservano nel carbonchio dell'uomo e degli animali, non sono dovute a sviluppo diretto del bacillo, ma sono di origine ematogena, come lo stesso Sanarelli ha dimostrato che lo sono quelle dell'apparato digerente nel tifo e nel colera. E tali lesioni sono poi tanto più gravi quanto meno sensibili sono i soggetti e quanto più protratto il decorso. Anche nelle cavie, però, che fra gli animali da laboratorio sono i più sensibili, si possono trovare nell'intestino delle alterazioni gravi (necrosi, ulcerazioni) che non si possono distinguere da quelle che si ritengono caratteristiche nel carbonchio intestinale od interno dell'uomo.

fil.

VIE DIGERENTI.

L'esame radiologico dell'appendice cronica.

(Tremolières et Joulia. *Le Journal médical Français*, tomo XIII, n. 4).

L'A. fa rilevare come da alcuni dopo aver somministrato un purgante sia fatto praticare un enteroclisma di liquido opaco (solfato di bario o carbonato di bismuto) della capacità di cmc. 1500-1700 in modo da riempire dal basso in alto il grosso intestino fino al cieco. In America Spriggs purga il malato 36 ore prima di fargli ingerire una miscela di 425 grammi di latte acido e di 125 grammi di solfato di bario e pratica l'esame radioscopico dell'intestino ogni quarto d'ora.

Weil dopo aver somministrato 100 grammi di solfato di barite alle sei di sera al momento del pasto e 200 grammi in un grande bicchiere di acqua nella notte esamina il malato alle 9 del mattino. In generale i radiologici francesi non impiegano il latte acido e fanno prendere in 2 o 3 volte da 200 a 300 grammi di gelobarina sciolta in una eguale quantità di acqua in modo da praticare l'esame tra la 10ª e la 12ª ora dall'ingestione del pasto opaco. In questo modo l'appendice può riempirsi e vuotarsi più volte. Alcuni ammettono che sia visibile allo schermo rarissimamente, altri invece che la sua visibilità sia del 70 %. Secondo gli AA. americani sarebbe sempre visibile. Il Fleig dice che si possa riscontrare nell'87 %. L'A. in 600 esami radiologici dell'apparato digerente ha potuto constatare che l'appendice era visibile alla radioscopia nella proporzione del 70 per cento ed è stata potuta radiografare nella proporzione del 75 %. Nei casi in cui la radiografia non era stata possibile si trattava di appendiciti retrocecali, la quale varietà alle volte può essere radiografata in proiezione obliqua. Nei bambini l'appendice, siccome si apre largamente nel cieco, può essere facilmente riempita mentre negli adulti, siccome l'appendice è in parte ricoperta da una ripiegatura semilunare della mucosa cecale, non può essere riempita dal liquido opaco. Le caratteristiche di una appendice normale allo schermo sono le seguenti:

1) l'appendice normale si riempie presso a poco nello stesso periodo di tempo che il cieco;

2) il lume del canale appendicorale appare a bordi sensibilmente paralleli;

3) lo svuotamento del liquido opaco si fa dalla 12ª alla 15ª ora dopo quello del cieco. La palpazione riesce indolore.

Per l'esame radiologico dell'appendice malata l'A. suggerisce la seguente tecnica: 2 giorni prima dell'esame il paziente deve prendere ogni mattina 10 grammi di solfato di magnesia in un bicchiere d'acqua in modo da vuotare l'intestino

e spazzare specialmente il cieco dalle materie fecali provenienti da una stasi intestinale alta. Il mattino del 3° giorno si fanno prendere a digiuno sotto lo scherma al paziente una miscela di 200 gr. di solfato di bario gelatinoso sciolto in 200 cc. di acqua. Si osserva quindi il passaggio del bolo opaco nello stomaco e nel duodeno; 3 ore più tardi un secondo esame indica il tempo di vuotamento dello stomaco. Il malato poi è riveduto ogni 2 ore circa per poter studiare il vuotamento del canale appendicolare.

Nel momento in cui il segmento dell'appendice aderente al cieco è bene in evidenza l'A. ricerca il punto doloroso sia in posizione supina che verticale, praticando la radioscopia oltre che in decubito dorsale anche con incidenza postero-anteriore dell'ampolla. La persistenza del punto doloroso e dell'immagine appendicolare in queste due posizioni permette secondo l'A. di affermare l'esistenza di un'appendicite. Si può alle volte osservare una variabilità nella localizzazione del punto doloroso il quale può essere localizzato un poco al di sopra dell'inserzione dell'appendice, alle volte al disotto o lungo il bordo sinistro del cieco. In tutti i casi però questo dolore accompagna fedelmente gli spostamenti dell'organo nelle sue differenti posizioni. I radiologici non sono tutti d'accordo sulla visibilità o meno dell'appendice malata. Per alcuni un'appendice che si riempie e si vuota in 36 ore è normale. Per altri invece ogni appendice visibile è malata. In generale però nell'appendicite cronica i sintomi radiologici descritti dai diversi autori si distinguono in due gruppi: diretti o appendicolari ed indiretti, osservati cioè su tutto il tubo digerente:

1) *Segni diretti* i quali si distinguono in segni anatomici e segni fisiologici e funzionali.

a) *Segni anatomici*: l'appendice si riempie inegualmente, alcune parti retratte contrastano con altre di calibro normale. I bordi dell'immagine opaca sono ineguali. Spesso si osservano delle angolazioni, l'appendice è immobile frequentemente fissata al cieco o agli organi vicini, gli spostamenti del paziente non hanno alcuna influenza sulla sua localizzazione.

b) *Segni fisiologici e funzionali.* L'appendice è dolorosa e il dolore coincide costantemente con l'immagine appendicolare sia nell'esame in condizione orizzontale che verticale. Il vuotamento dell'appendice è generalmente ritardato. Alle volte dopo 40 ore esistono ancora traccie di liquido opaco. Questa stasi opaca appendicolare è un segno sospetto secondo Spriggs che considera l'ipocontrattilità come una conseguenza della flogosi cronica dell'appendice.

2) *Segni indiretti.* L'esofago presenta sovente uno stato spasmodico transitorio. Lo stomaco è quasi sempre disteso per aerogastria dovuta a aerofagia e a fermentazioni. L'A. ha spesso notato uno spasmo nella seconda porzione del duodeno, la stasi ileale (ritenzione oltre le 24 ore) è frequente nelle appendiciti croniche.

T. LAURENTI.

La diagnosi precoce del cancro dell'intestino crasso.

(J. HOMANS. *Boston med. and surg. Journal*, 9 aprile 1925).

Nulla è più esiziale al progresso nel trattamento del cancro che la credenza piuttosto diffusa fra i medici, che i cancri strettamente interni possano raramente o non mai venire identificati in tempo per un'efficace cura chirurgica. Pensare in tal modo è dare per vinta una battaglia prima ancora di averla combattuta. Ormai, per i cancri superficiali, la convinzione della possibilità della cura si è diffusa anche fra i profani ed i medici debbono quindi cercare di avere e di infondere la fiducia che ciò sia possibile anche per i cancri profondi. Certamente, per arrivare in tempo con la terapia chirurgica nel cancro dell'intestino, si devono abbandonare le idee correnti sulla diagnosi di tale malattia, la quale si rivelerebbe essenzialmente quando i sintomi di ostruzione sono al completo. Questi sono in realtà sintomi di sicurezza, ma non certamente precoci poichè si hanno soltanto allorchè l'adenocarcinoma ha raggiunto uno stadio avanzato. È dunque necessario ricercare se da altri sintomi si possa essere meglio guidati ad una diagnosi precoce. Un esempio chiarirà la questione. Un uomo sulla cinquantina, apparentemente in buona salute, racconta che da un paio di mesi soffre di disturbi addominali che all'analisi si dividono in un dolore sordo moderato alla parte bassa dell'addome ed in una sensazione di un tumore all'epigastrio. Verso la fine della mattinata, egli avverte come un senso di stanchezza e di vuoto; gli alimenti non provocano nè diminuiscono i suoi disturbi. La defecazione, dapprima regolare, si è andata facendo alquanto stittica, sicchè il paziente deve ricorrere a dei purganti più spesso che prima non facesse. Un medico, da lui consultato, lo rassicurò dicendogli che le sue condizioni non presentavano nulla di serio. L'esame del paziente era del tutto negativo; addome trattabile, non disteso, nessun tumore, esame rettale negativo. Però un clistere di bario dimostrò un restringimento ed una irregolarità dell'intestino nella regione retto-sigmoide, confermata dall'esame proctoscopico. All'operazione si trovò un tipico cancro che venne resecato.

In questo caso i sintomi erano in realtà abba-

stanza chiari, mentre in altri lo sono assai meno. Il medico quindi deve conoscere i segnali di allarme e non essere riluttante ad investigare nel limite delle sue possibilità lo stato del paziente che si affida alle sue cure.

La fisiologia patologica del colon. Il contenuto dell'intestino tenue, allorchè raggiunge il cieco, è del tutto liquido. Nel cieco e nel colon ascendente esso è soggetto a stasi, a decomposizione da parte dei batteri e, probabilmente, ad un certo rimescolamento. Quando esso lascia il lato destro del colon, è semisolido e diventa asciutto quando passa al sigma per fermarvisi e venire poi evacuato. Siccome dunque il colon destro contiene del materiale liquido, è improbabile che venga ostruito; ma siccome il materiale vi subisce un certo ristagno, ed è preda di attività batterica, con formazione di gas, si comprende che i tumori che ostacolano la sua motilità, provochino distensione locale e, forse, infezione della parete intestinale ed anche infiammazione secondaria dell'appedice.

Invece il crasso, al di là della flessura epatica, in cui passano delle feci più o meno disseccate, è suscettibile di venire ostruito abbastanza rapidamente. Normalmente il colon trasverso e discendente non vengono usati per trattenervi le feci, ciò che invece accade per il sigma, ma tollerano abbastanza un certo accumulo.

Quando si tengano presenti queste particolarità fisiologiche, si comprenderà che un tumore maligno che provochi un'ostruzione graduale, darà sintomi diversi secondo la sua localizzazione. I cancri del lato destro, quindi, provocheranno malessere locale, dolore e formazione di gas. Quelli invece del colon trasverso ed oltre daranno un certo grado di costipazione. Un tumore che, con quest'ultima localizzazione, desse un grado di costipazione tale da causare delle coliche e della distensione rappresenterebbe un grado assai avanzato, appunto perchè il colon sinistro ed il sigma possono resistere bene all'accumulo di molto materiale fecale. Si deve quindi tener presente che la costipazione associata con coliche ben nette è un sintoma tardivo del cancro ed i pazienti che raggiungono un tale stadio raramente guariscono con l'intervento. Si può dire anzi che non guarirebbero mai se non vi fosse la tendenza di questo tipo di carcinoma a metastasi tardive.

In questi casi, dunque, si devono particolarmente considerare i sintomi consistenti in costipazione modica od intermittente associata talora a dispepsia ed a malessere.

Il cancro del colon ha anche altre particolarità. Questo adenocarcinoma, al pari di altri tumori maligni, può essere in prevalenza cellulare o fibroso, ossia variare dal tipo di masse cellulari fungose a quello di tumori fibrosi suscettibili di retrazione. In entrambi i casi, ma specialmente nel primo, possono ulcerarsi e sanguinare, dando anche segni locali o generali d'infezione. Tali tumori si riscontrano soprattutto nel cieco e nella regione retto-sigmoide e possono provocare perforazioni, ascessi ed aderenze. I tumori scirrosi, invece, possono lentamente ostruire l'intestino senza provocare nè sanguinamento, nè sepsi.

Quando si tengano presenti questi caratteri e si consideri il modo con cui le diverse parti del colon sono affette dai tumori che lentamente le ostruiscono; i sintomi precoci del cancro delle diverse parti del crasso diventano facilmente intelligibili.

Cancri del colon destro. Sono di solito tumori cellulari che raramente portano ostruzione, ma che provocano piuttosto disturbi locali simili all'appendicite acuta o subacuta; accessi di dolore e di sensibilità locale od alla regione ombelicale, che si presentano ad intervalli regolari. Il segno differenziale più caratteristico dall'appendicite consiste nella benignità dei sintomi generali e del dolore locale, scarsa febbre, formola leucocitaria quasi normale. Un altro criterio differenziale è quello dell'età, in quanto che il cancro si presenta di solito dopo i 40 anni. Da questi tumori si hanno delle perdite sanguigne di cui il paziente può accorgersi e che provocano un modico grado di anemia.

Cancri del colon trasverso, sinistro e del sigma. Nell'anamnesi spicca di solito la costipazione che però non si deve ritenere persistente. Si osserva generalmente associata a crampi, coliche e talora a vomito ed a distensione. Qualche volta si alterna con la diarrea; raramente quest'ultima è il solo segno. Il quadro più comune è quello di accessi leggeri di coliche con dolore sotto l'ombelico sullo sfondo di una costipazione e di disturbi intestinali; la costipazione è meno accentuata ed invece gli attacchi di colica sono più netti nel cancro del colon trasverso anzichè in quello del sigma. Si deve però tener presente che tale processo si osserva meno facilmente nel colon trasverso anzichè nel sigma e nella parte superiore del retto.

Si comprende che, date tali premesse, può accadere di vedere per la prima volta il paziente quando l'ostruzione è giunta ad un grado elevato e si ha altresì la distensione. In molti casi però si hanno disturbi locali ricorrenti ed, in seguito ad infezioni, favorite dall'ulcerazione, si ha irritazione intestinale con fermentazioni, crampi ed anche diarrea.

Cancro della regione retto-sigmoide. In questi casi, il paziente accusa sintomi associati con la defecazione ed anche sanguinamento. Naturalmen-

te non si deve attendere per la diagnosi nè le feci a nastro, nè le gravi emorragie. Non è raro vedere un paziente con cancro del retto che si lamenta soltanto di dispepsia; da ciò la necessità di un esame completo di tali malati e la raccomandazione di non trascurare mai la ricerca del sangue nelle feci.

La ricerca accurata dei sintomi clinici non deve far trascurare le diverse prove, quali l'esame delle feci, specialmente per la ricerca del sangue, la proctoscopia e lo studio radiologico dopo il clistere di bario. Non è difficile fare la diagnosi quando se ne ha il sospetto; il difficile consiste invece nel formulare il sospetto. E questo può aversi quando si raccolga l'anamnesi sistematicamente, facendo le necessarie domande al paziente che spesso trova i sintomi accusati di così poca importanza da non dar loro il necessario rilievo. Tali sintomi un paziente potrà averli avuti tutta la vita e quindi non saranno sospetti, mentre in un altro che è sempre stato bene potranno indirizzare sulla giusta via, in modo da avere la conferma nell'esame del malato.

FILIPPINI.

Lo stomaco « rosso ».

(BOCHEMAKER. *Surgery, Gynec. and Obst.*, marzo 1925).

L'A. ha raccolto 45 casi di una sindrome a carico dello stomaco che è poco nota e solo negli ultimi anni è stata segnalata da von Haker e da Moynihan.

Ha una sintomatologia molto simile a quella dell'ulcera gastrica e duodenale sopratutto per quanto riguarda il dolore che insorge regolarmente un'ora circa dopo i pasti, localizzato all'epigastrio, con periodi di latenza e di esacerbazioni. Inoltre vi è spesso nausea, conati di vomito e qualche volta vomito alimentare.

L'acidità è in genere aumentata, la Röntgenscopia può dimostrare sia iperstenia che ipostenia gastrica.

La laparatomia è invece negativa per quanto riguarda presenza di ulceri, briglie o neoplasie e dà solo a vedere una colorazione rosso molto vivo della sierosa che si dimostra iperemica, desquamata per un'area che comprende l'antro, la regione pilorica ed il principio del duodeno, mentre il fondo, parte della piccola curvatura e la regione cardiale sono sempre indenni.

L'esame istologico è negativo per qualunque alterazione sia ulcerativa che neoplastica o flogistica nella mucosa, sottomucosa e muscolare. Solo qualche alterazione si riscontra a carico della sierosa in cui vi è non solo turgidezza delle arteriole e delle vene ma anche dei capillari.

La causa di questa sindrome che dà notevoli disturbi ai pazienti è oscura. Von Hacker riteneva si trattasse di ulceri superficiali ma l'A. in un solo dei suoi casi riscontrò un'ulcera. Moynihan pensava trattarsi di una linfangite per infezione proveniente da appendicite (date le connessioni dei linfatici periduodenali e pancreatici con quelli del cieco-appendice). Ma l'A. nei suoi casi solo due volte trovò fatti appendicolari. Più fondata ritiene l'A. l'ipotesi che vi abbia parte una flogosi delle vie biliari. Egli pensa pure che vi possano aver parte fatti angioneurotici a carico dei nervi che si distribuiscono allo stomaco. Infine ricorda la possibilità di metterla in connessione con una periviscerite.

Come cura l'A. consiglia la gastrectomia che ha eseguito in 17 dei suoi casi con buon successo.

V. GHIRON.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

L. MORINI. *La blenorragia e le sue dannose conseguenze per l'individuo, la famiglia e la Società.* Roma, L. Pozzi, ed., 1925, pp. 35. L. 5.50.

L'Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani, amministratrice della fondazione Locatelli le cui rendite sono destinate ad un premio annuale per il miglior lavoro in argomento attinente alle discipline dermosifilografiche, aveva bandito nel 1924 un concorso per il tema che è oggetto del presente opuscolo. Ben 17 lavori furono presentati al concorso fra i quali la commissione esaminatrice, composta di tre fra i nostri più valorosi cultori di dermosifilografia, prescelse questo del Morini, che ora la Casa editrice Pozzi ha pubblicato in elegante e corretta edizione.

Il lusinghiero giudizio della commissione dispenserebbe da ogni parola di presentazione; ma non è superfluo rilevare come il Morini abbia saputo brillantemente superare le difficoltà inerenti a lavori di questo genere ed in poche pagine sia riuscito a darci un quadro sintetico ed armonico del processo blenorragico e delle sue funeste conseguenze dal triplice punto di vista individuale, famigliare e sociale, mantenendosi nei limiti di una sobria esposizione senza nulla perdere in chiarezza ed in efficacia.

Qualche impropriètà di linguaggio ed una certa sproporzione fra le varie parti della trattazione sono largamente giustificate dal carattere popolare del lavoro e dai suoi fini essenziali, pienamente raggiunti, di propaganda igienica.

Auguriamoci ora che alla nobile fatica dell'A. corrisponda una larga diffusione in mezzo ad

ogni classe sociale, del suo opuscolo, la cui lettura non sarà per alcuno priva di qualche frutto e di qualche utilità. V. MONTESANO.

J. KYRLE. *Ueber der denzeitigen Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis* Leipzig U. Wien, Franz Deuticke, 1924, 3ª edizione.

In questo volumetto il Kyrle ha raccolto e ordinato il ciclo di conferenze da lui svolto presso la scuola del prof. Finger a Vienna in occasione del corso di perfezionamento sulla sifilide e le malattie veneree promosso fin dal 1918 dal governo austriaco. Sono in totale 6 capitoli di cui la prima parte tratta a grandi linee dei varii periodi della sifilide e delle manifestazioni cliniche che sogliono esser loro proprie, la seconda riguarda i metodi di indagine sierologica e del liquor, la terza infine la terapia.

L'insieme della trattazione, soppressa ogni citazione di teorie, talvolta anche in aperto contrasto, è del tutto schematica e il medico pratico, per i cui bisogni il libro è venuto alla luce, vi trova esposte quasi esclusivamente le vedute principali sorrette oramai da più larga base teorica e pratica.

Lo scopo dell'A. può dirsi pienamente raggiunto e, se talvolta la forma della trattazione possa apparire forse eccessivamente schematica, traspare pur tuttavia ovunque la perizia dell'A., non solo nella materia in genere, ma anche in tutte le più moderne ricerche complementari nel campo della sifilologia. Precisa, chiara l'esposizione.

Il libro del resto ha sortito la fortuna che si merita: ne abbiamo infatti già la 3ª edizione e traduzioni in varie lingue, fra cui anche in italiano. M. AGOSTINI.

Giornale ital. di dermatologia e sifilologia, fasc. 2°, 1925 (Processi verb. delle sedute della XXI Riunione della Soc. ital. di Dermatologia e Sifilografia tenuta in Padova dal 20 al 22 dic. 1924).

La Presidenza della Società di Dermatologia e Sifilografia ha voluto quest'anno scegliere Padova a sede dell'annuale congresso onde partecipare alle onoranze tributate al prof. Achille Breda in occasione del suo ultimo anno di insegnamento. Questo volume viene appunto dedicato all'illustre Clinico dell'Università patavina presso cui una vera folla di allievi, di scienziati e autorità numerose convennero per rendere omaggio.

Varie e interessanti le comunicazioni poste all'ordine del giorno. Temi ufficiali furono il *Cancro sperimentale della pelle* (relatore prof. Bizzozero) e *La guarigione della sifilide* (relatore prof. Tommasi). Ambedue le dotte relazioni furono seguite da numerose comunicazioni sugli argomenti e da interessante ed esauriente discussione cui presero parte i soci Truffi, Fiocco, Pasini, Martinotti, Cappelli, Malusardi, Piccardi, Montesano, Mibelli, Porcelli, Ersettig e molteplici altri.

M. AGOSTINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

IV Congresso Internazionale di Infortunistica e di Malattie del lavoro.

(Amsterdam-Aia, 7-12 settembre).

Parteciparono all'importante Congresso (il primo tenuto dopo la guerra) più di 800 medici.

L'Italia vi era rappresentata dai seguenti dottori: maggior generale della R. Marina REPETTI per il Commissariato Generale dell'Emigrazione, capo della delegazione; maggiore prof. Mosso per il Ministero della Marina; un maggiore medico per il R. Esercito; prof. PISENTI per il Ministero dell'Economia; prof. DIEZ e comm. dott. TEPPATI per le Ferrovie dello Stato; prof. LEONE LATTES direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Modena; professori D'ALESSANDRIA e FORNACA per la Cassa Nazionale Infortuni; dott. CIOFFI per la Sezione Emiliana della Federazione fra medici infortunisti; prof. AIELLO della Clinica delle malattie professionali di Milano; dottori DENTICO e SBISÀ di Bari.

Il Congresso fu inaugurato ad Amsterdam il 7 settembre, alla presenza del Ministro del Lavoro dei Paesi Bassi nel « Lichthof » dell'Istituto Coloniale. Il Presidente Generale VAN EDEN portò il saluto ai congressisti nelle cinque lingue ufficiali. Lesse le adesioni, dalle quali risultò essere rappresentati 26 Stati d'Europa e d'America, il Segretario Generale dott. BROEX. Portarono in seguito il saluto dei loro Governi i rappresentanti degli Stati aderenti.

Mercè un'accurata e perfetta organizzazione tecnica della quale va data lode ai Segretari dottori KIJZER, DE HARTOGH e METZ, i lavori procedettero con una regolarità cronometrica. Alcuni temi furono svolti dai relatori, senza discussione, in seduta plenaria; altri nelle due sezioni in cui era diviso il Congresso, una per le malattie professionali, l'altra per gli infortuni. Pure nelle sezioni furono svolte le numerose comunicazioni libere, ammontanti ad oltre 100.

Le relazioni svolte in seduta plenaria riguardarono i seguenti temi:

1) Infortuni e malattie dal punto di vista medico (prof. CUNÉO, Francia).

2) Diagnosi e limitazione delle malattie professionali (dott. TELEKY, Germania).

3) Infortuni e malattie dal punto di vista legale (prof. GLAISTER, Inghilterra).

4) Infortuni e tubercolosi (ZÖLLINGER, Svizzera; LINIGER, Germania; DIEZ, Italia).

5) Tumori ed infortuni (prof. SAUERBRUCH, Germania).

6) Malattie nervose professionali (prof. CROUZON, Francia).

7) Trapianto delle ossa (prof. ALBEE, St. U. d'America).

8) Ferite delle mani (prof. WITTEK, Austria).

9) La fatica (dott. ALLERS, Austria).

10) Legislazione sociale ed igiene (Sir OLLIVER, Inghilterra).

11) Patologia professionale del cuore e dei vasi (prof. DEVOTO, Italia).

12) Frattura del collo del femore ed indennizzo (prof. 'AKERMAN, Svezia).

13) L'adattamento negli infortunati (dott. OLLER, Spagna).

14) Cenni sull'assicurazione degli infortuni in agricoltura in Italia (prof. PISENTI).

La relazione del prof. DEVOTO, accolta con molto plauso dai congressisti, fu letta dal suo aiuto prof. AIELLO, non essendo l'illustre clinico potuto intervenire per malattia.

Le relazioni ufficiali svolte e discusse nelle due sezioni riguardarono i seguenti temi:

Per l'infortunistica: 1) Osteosintesi nelle fratture (COTTALORDA e IMBERT, Francia; GYSENLYCK, Belgio; WAEGNER, Russia); 2) L'indennizzo delle piccole invalidità (JULLIARD, Svizzera e LINIGER, Germania); 3) L'insegnamento della medicina degli infortuni (prof. KAUFMANN, Svizzera); 4) Artriti traumatiche (DIEZ, Italia e WAEGNER, Russia); 5) Ferite delle cartilagini semilunari (BIRCHER, Svizzera e SMITH, Inghilterra); 6) Affezioni traumatiche addominali (FRANÇOIS, Belgio, SCHMIEDEN, Germania, SCHOEMAKER, Olanda).

Per le malattie del lavoro: 1) Intossicazioni da gaz (AIELLO, Italia e LEHMAN, Germania); 2) Malattie professionali oculari (ELSCHNIG, Ceco-Slovacchia e VAN DER HOEVE, Olanda); 3) Il lavoro nell'aria calda ed umida (THOMSON, Inghilterra, TORRES FRAGNAS e SOLER, Spagna); 4) Malattie professionali e leggi sull'assicurazione contro gli infortuni (CURSCHMANN, Germania); 5) Le Pneumoconiosi (COLLIS, Inghilterra e SLEESWIJK, Olanda).

Le comunicazioni riguardarono i più svariati argomenti di infortunistica e di malattie del lavoro; moltissime, specie da parte dei congressisti tedeschi, le comunicazioni su argomenti di pura traumatologia, secondo la tendenza esistente in Germania di dare più sviluppo a questa parte, nello studio dell'infortunistica, che a quello medico-legale. Questa tendenza si può rilevare anche dai temi di traumatologia svolti in prevalenza nelle relazioni ufficiali. Sotto questo punto di vista il Congresso si può dire che sia stato molto diverso da quelli che si tengono in Italia.

La seduta di chiusura si tenne al Teatro Reale dell'Aia. Non fu proclamata la sede del futuro Congresso (si contendono l'onore, a quanto si dice, Milano, Madrid, Londra).

Delle più importanti relazioni presentate nel Congresso, e delle comunicazioni fatte dai medici italiani diamo un breve riassunto:

DEVOTO. — *Patologia dell'apparato cardiovascolare di origine professionale.* — In seguito a cause meccaniche e tossiche si possono avere nei lavoratori manuali miocarditi, endocarditi, aortiti, arteriosclerosi, ateromasia vascolare, aneurismi, nefriti, flebopatologia, che si sviluppano lentamente, e delle quali il medico deve riconoscere l'esistenza tempestivamente, sia per valutare la capacità fisiopatologica reale dell'operaio, sia per poter consigliare i cambiamenti di mestiere. La patologia cardiovascolare è subordinata nelle sue manifestazioni all'intensità dei valori causali, alle condizioni personali del lavoratore, all'intervento di fattori morbigeni concausali (alcool, sifilide, tabacco, infezioni).

LENORMANT e MOURE. — *Trattamento delle ferite e sutura.* — Espongono lungamente le differenti indicazioni nel trattamento delle ferite da infortunio. La sutura primaria richiede un controllo accurato nei primi giorni. La contusione dei tessuti è una controindicazione, ed è da preferirsi l'asportazione abbondante di tutto il tessuto contuso prima di procedere alla sutura. I tendini ed i nervi devono essere suturati subito, e, se possibile, anche i vasi sanguigni maggiori, compreso l'aneurisma traumatico. Nelle ferite infette, la sutura secondaria è necessaria soltanto per le ferite ampie, dopo che la secrezione purulenta è cessata. Gli stessi criteri devono seguirsi nella cura delle fratture esposte. L'osteosintesi è necessaria solo in casi eccezionali. Le ferite delle articolazioni devono essere suturate subito per impedire infezioni secondarie. Per la stessa ragione è necessaria la resezione primaria di fratture articolari complicate. Sono da evitarsi le operazioni sotto l'influenza dello shock.

LINIGER. — *Infortunio e tubercolosi.* — Le malattie tubercolari in rapporto con un infortunio sono relativamente rare, e quando esistono sono quasi sempre la conseguenza d'una tubercolosi ignorata che si propaga per via sanguigna o linfatica. La correlazione fra un processo tbc. ed un infortunio può essere ammessa solo se il trauma è stato violento, e se il principio e il decorso delle malattie rispondono a condizioni speciali. Per ammettere l'aggravamento non solo si deve provare che la parte lesa fu colpita da un trauma, ma che esso sia ben evidente, non attribuibile ad altre cause, e che segua immediatamente all'infortunio. Se il processo tubercolare è già avanzato non si può ammettere l'infortunio come responsabile in qualsiasi modo di un aggravamento.

ZÖLLINGER. — *Tubercolosi e trauma.* — Il trauma è causa della tubercolosi solo quando nell'atto del ferimento inocula i bacilli specifici. Negli altri casi il trauma costituisce una causa parziale di maggiore o minore importanza, il più delle volte aggravativa. Una connessione causale può essere accettata solo se il trauma era tale da produrre notevoli lesioni anatomiche nei tessuti, e se vi sia relazione topografica e cronologica. Per le ossa e le articolazioni ritiene necessario un intervallo minimo di 4-6 settimane e massimo di 6 mesi (per alcune ossa di un anno); per la tubercolosi polmonare, minimo di 1 settimana, massimo di 4 mesi. Ritiene desiderabile che in tutti gli stati la legge indennizzasse le tubercolosi solo per

quella parte in cui il trauma ebbe uffizio aggravatore.

DIEZ. — *Trauma e tubercolosi nell'infortunistica.* — Esamina le diverse evenienze che possono verificarsi nei rapporti fra trauma e tubercolosi. Si possono chiamare tubercolosi traumatiche vere solo quelle che derivano da immissione di bacilli nei tessuti per opera dell'agente vulnerante. In tutti gli altri casi si tratta di tubercolosi preesistenti, o allo stato inattivo, o clinicamente guarite, che il trauma, per le speciali condizioni create nei tessuti sui quali agisce, riattiva. Medico-legalmente occorre distinguere queste forme da quelle in cui il trauma non esercita alcun uffizio concausale, ma è solo un agente rivelatore. Il trauma può pure aggravare tubercolosi preesistenti allo stato attivo. Esamina le condizioni necessarie perchè possa attribuirsi ad un trauma l'uffizio di agente concausale, ed i criteri clinici e medico-legali che devono seguirsi per distinguere questi casi da quelli nei quali non si hanno che semplici pretestazioni. Ritiene indispensabile che il trauma sia di una certa gravità, che, specie nelle forme osteo-articolari, vi sia coincidenza topografica fra regione traumatizzata e tessuti invasi dalla tubercolosi, e che esista un congruo intervallo di tempo fra l'epoca dell'infortunio e lo sviluppo delle malattie. In tutti i giudizi di nesso deve predominare il criterio clinico.

AIELLO. — *Intossicazioni da derivati benzolici.* — Riassume i risultati dei lavori scientifici più importanti pubblicati sul benzolismo dopo il 1912. Tratta delle proprietà chimiche dei prodotti benzolici, delle dosi tossiche, delle predisposizioni individuali che favoriscono l'avvelenamento, del meccanismo di assorbimento e di eliminazione dei gas. Descrive accuratamente la sintomatologia di queste intossicazioni, l'azione esercitata dal benzolo nei vari tessuti, ed, esaminate le fonti di intossicazione, affronta con praticità il problema profilattico passando in rassegna tutte le disposizioni legislative esistenti a tale scopo nei vari paesi. Tratta in particolar modo l'intossicazione cronica da benzol negli operai dell'industria del caoutchouc e degli esplosivi, e le tarde conseguenze dell'intossicazione dei gas di guerra in rapporto al problema della tubercolosi.

IMBERT e COTTALORDA. — *Osteosintesi nelle fratture.* — Nell'osteosintesi la consolidazione avviene sotto l'influenza del corpo estraneo metallico. Di solito il callo che si forma è solido.

In rari casi avviene una decalcificazione con riproduzione della frattura. L'operazione deve essere fatta presto, e l'immobilizzazione durare a lungo. Costituiscono controindicazioni assolute la vecchiaia e le malattie costituzionali. Il successo operatorio dipende da molti fattori e specie dalla forma e dalla localizzazione della frattura. Gli OO. discutono le varie indicazioni e concludono che si deve ricorrere all'osteo-sintesi solo in quei casi in cui non vi è speranza di successo con altri trattamenti.

TELEKY. — *Descrizione e diagnosi delle malattie professionali.* — Dal punto di vista tecnico-assicurativo possono considerarsi malattie professionali specifiche, da equipararsi nel trattamento agli infortuni, solo le intossicazioni prodotte dal lavoro. La loro diagnosi non presenta difficoltà insormontabili. Difficile è invece stabilire un nesso fra la mortalità nelle diverse professioni e il lavoro.

DIEZ. — *Artriti microbiche post-traumatiche.* — Accenna brevemente alle artriti consecutive a traumi aperti le quali non presentano difficoltà di natura medico-legale. Le contestazioni, nella pratica infortunistica, sorgono quando si attribuisce ad un trauma chiuso un'artrite tubercolare, sifilitica, strepto e stafilococcica, reumatica, gonococcica, e tutte quelle altre forme di artriti che vanno sotto il nome di pseudo-traumatiche, sia primitive che secondarie ad osteo-mieliti iuxtaepifisarie. Dimostra che le ricerche sperimentali, fra le quali ricorda quelle del fiorentino Colzi e di altri italiani, e il materiale clinico noto provano che in alcuni casi esiste un'azione concausale esercitata dal trauma nello sviluppo o nell'aggravamento di queste artriti. Esamina il problema patogenetico sotto l'aspetto clinico e anatomo-patologico, e discute i criteri clinici e medico-legali che devono seguirsi per ammettere il nesso fra tutte queste artriti e il fattore traumatico. Porta al problema un contributo di osservazioni personali.

WAEGNER. — *Artriti traumatiche.* — La sinovia, l'epifisi e la cartilagine reagiscono in modo differente ad uno stesso trauma: sinovite, necrosi epifisaria, degenerazione delle cartilagini. Distingue gli stati patologici (contratture artrogene, anchilosi, mobilità anormali) dalle malattie vere e proprie delle articolazioni (artrite traumatica, artrite deformante, osteocondriti, atrofia ossea acuta). Occorre estrarre subito con la punzione i versamenti emorragici, ed evitare ad ogni costo l'immobilizzazione. Molto indicata è l'estensione permanente in semiflessione.

CROUZON. — *Malattie nervose professionali.* — Fra le malattie professionali che si manifestano con sintomi nervosi si trovano in prima linea gli avvelenamenti (piombo, mercurio, arsenico, C. O. solfuro di carbonio, alcool, nicotina, gas velenosi). Una seconda categoria è composta dalle malattie causate da decompressione (malattie dei cassoni) e dalla corrente elettrica. Scarsa importanza hanno i crampi professionali e i colpi di sole. Delle singole intossicazioni l'O. tratta dettagliatamente l'etiologia, la clinica, l'anatomia patologica.

REUTER. — *Malattie cardiache ed infortunio.* — Su 1000 casi di trauma toracico studiati nell'Istituto medico-legale di Vienna, in 185 furono trovate lesioni cardiache (emorragie, rotture dell'endocardio, di valvole, di fibre muscolari). Poco chiara, per lo più, è apparsa la relazione fra lesioni cardiache e sforzi eccessivi e traumi psichici.

DIEZ. — *Lacerazioni valvolari da sforzo.* — Ricorda la casistica italiana sulle cardiopatie traumatiche, e illustra un caso di rottura delle valvole semilunari aortiche da lui osservato, in seguito a sforzo violento, in un giovane soggetto affetto da sifilide ignorata, la cui importanza mette in evi-

denza nella patogenesi della lesione traumatica. Si sofferma in special modo sulla sindrome clinica manifestatasi subito dopo l'infortunio, sul decorso e sugli esiti. Conclude che non si deve essere troppo pessimisti nella valutazione di queste lesioni, perchè esse, col tempo, dopo il processo di cicatrizzazione, migliorano notevolmente e permettono l'estrinsecazione d'una notevole capacità lavorativa.

LATTES LEONE. — *Il risarcimento negli infortuni mortali.* — È ingiusto risarcire in identica misura gli infortuni mortali senza tener conto delle condizioni personali del soggetto. La legge dovrebbe prescrivere una diversità di trattamento economico a seconda che gli individui colpiti da morte si trovavano nella pienezza della loro salute, o colpiti da morbi inesorabili. Non nasconde però l'O. gli ostacoli che nella pratica troverebbe l'applicazione di questo criterio.

AIELLO. — *Influssi del sistema nervoso vegetativo e della fatica sulla recettività delle correnti elettriche.* — Negli animali sottoposti all'azione dell'adrenalina notò una diminuzione della recettività; lo stesso comportamento si ebbe con l'atropina. La recettività aumentò con l'azione della pilocarpina e negli stati di affaticamento acuto. Data la frequenza nei lavoratori a normale attività di disturbi a carico del sistema neuro-vegetativo e le modificazioni che secondo le moderne teorie si verificano in alcuni stati fisiologici (età, sonno, digestione, gravidanza, mestruazione, fatica) in una o entrambe le sezioni di detto sistema, si spiegano le differenze di comportamento individuale di fronte alle correnti elettriche.

DIEZ. — *Orchio-epididimiti traumatiche.* — Ha studiato 47 casi in cui era stata fatta diagnosi di orchite traumatica, e constatò che solo in tre casi si trattava di orchite veramente traumatica (contusione del testicolo). Degli altri casi, 14 erano costituiti da epididimite blenorragica, 7 da epididimite tubercolare, 2 da orchite sifilitica, 5 da epididimiti da comuni germi infettivi delle vie urinarie (cistite), 1 da tumore maligno del testicolo, 8 da ematomi del funicolo, 1 da ematoma dell'epididimo, 5 da ematoma dello scroto; in 1 caso l'errore di diagnosi era grossolano perchè si trattava di un'adenite inguino-crurale. Ritiene perciò che la maggior parte delle orchio-epididimiti che si manifestano dopo traumi, e che vanno sotto il nome di traumatiche, non sono che epididimiti bacteriche di varia natura, sul cui sviluppo il trauma ha più o meno agito. Occorre perciò ricercare con un diligente esame uro-genitale la causa di queste malattie e studiare poi medico-legalmente se il trauma abbia influito sul loro sviluppo.

CIOFFI. — *L'infezione malarica nei rapporti con l'infortunistica.* — Ritiene accertato il rapporto fra traumi sulla milza o sulle ossa e risveglio di malaria latente. Non si hanno sufficienti elementi per giudicare se un trauma sulle altre regioni del corpo possa provocare una recidiva di malaria. I piccoli traumatismi, specie se non interessanti le ossa, non provocano di regola nuovi accessi, quando anche l'infezione non sia ancora spenta. È tutt'altro che dimostrato che gli interventi operativi, specie se lontani dalle ossa e dalla milza, risveglino le latenze epidemiche; occorre studiare a questo proposito, quale parte spetta alla narcosi, più che all'intervento chirurgico, nel determinismo delle recidive.

DIEZ. — *Può la malaria costituire infortunio sul lavoro?* — Rileva la grande importanza di questo problema medico-legale in Italia, e passa in rassegna i precedenti legislativi e dottrinari in materia. Ritiene che malgrado esista nella malaria il requisito « causa violenta » mancano gli altri elementi che necessitano per integrare la figura giuridica dell'infortunio, elementi che illustra e che consistono specialmente nell'assenza dei caratteri, di accidentalità, di imprevedibilità, di rischio specifico, nel modo con cui si contrae la infezione nelle regioni endemicamente malariche.

CIOFFI. — *Discromatopsia traumatica.* — Espone alcuni casi da lui osservati che dimostrano l'esistenza rarissima di una discromatopsia acquisita essenziale in seguito a traumi oculari e più specialmente cerebrali. Essa si è mostrata in generale transitoria, ma non è escluso che possa stabilirsi in modo permanente. Ritiene che le discromatopsie che interessano ambo gli occhi devono essere valutate, se permanenti, dal 5 al 15 per cento.

FORNACA. — *Tumori del cervello e traumi cranici.*

D'ALESSANDRIA. — *I piccoli segni organici delle compressioni midollari a sintomatologia così detta muta o negativa, o a sintomatologia così detta funzionale.* — *Compressioni midollari traumatiche a decorso lento.*

FORNACA. — *Nevriti professionali.*

CUNÉO. — *Infortuni e malattie.* — In certi casi gli infortuni hanno influenza sulle malattie; se, però, si ammette che un infortunio può creare o aggravare una malattia, non si può riconoscere un'origine traumatica in ogni malattia comparsa dopo traumi. Per ammettere il nesso occorre insistere: 1) sull'importanza dell'inchiesta e sulla ricerca precisa dei sintomi presentati dal soggetto prima dell'infortunio; 2) sulle relazioni dirette esistenti fra trauma e malattia (tempo trascorso fra l'infortunio e la comparsa dei sintomi); 3) sulla natura della malattia e sulla influenza che può avere il trauma sulla sua patogenesi. Il dubbio sarà sempre a favore dell'operaio.

TORRES FRAGNAS e SOLER. — *Lavoro negli ambienti caldi ed umidi.* — Si possono avere affezioni reumatiche e degli organi respiratori e dilatazioni acute del cuore. Negli individui predisposti si sviluppa facilmente la tubercolosi.

OLLER. — *Rieducazione degli invalidi al lavoro.* — In Spagna è prescritto per legge che dopo la guarigione chirurgica e le cure fisioterapiche gli infortunati siano rieducati al lavoro, o in appositi istituti o nelle officine. L'O. comunica in special modo i risultati delle esperienze da lui compiuti nell'Istituto di rieducazione che dirige a Madrid sui seguenti tre problemi ortopedici: cineplastica secondo Sauerbruch, digitazione se-

condo Krukemberg e protesi da lavoro. Considera molto limitate le indicazioni delle due prime operazioni.

PRYLL. — *La scelta delle professioni e gli infortuni.* — È un problema di grande importanza per la protezione degli operai. Raccomanda perciò la collaborazione del medico con le Casse di malattia e con le camere di lavoro. Nell'interesse di tutti i partiti e degli enti assicurativi ritiene necessario un accordo internazionale per raggiungere quegli scopi etici, sociali ed economici che mediante un razionale orientamento professionale si possono ottenere.

BLOCKMANN. — *Profilassi sociale delle malattie professionali.* — Si devono selezionare gli operai che corrono molto pericolo di contrarre malattie professionali. Durante la disoccupazione gli operai devono ricevere un'educazione igienica specializzata per la professione scelta. Queste opere di prevenzione devono essere esercitate d'accordo fra medici, sindacati operai, organi d'assicurazione e policlinici speciali.

SPIELREIN. — Le necessità psichiche e fisiche proprie di ogni mestiere devono essere l'oggetto d'uno studio sociale, preferibilmente facendo apprendere ed esercitare il mestiere, all'inizio, sotto la sorveglianza dell'esaminatore. Poichè i sintomi della fatica differiscono a seconda dei mestieri, devono essere studiati per ciascuno di essi. Uno studio psicotecnico completo della personalità di ogni apprendista deve farsi prima di consigliare la scelta del mestiere. Esso viene fatto a Mosca nell'Istituto per la protezione degli operai.

S.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 6 giugno 1925.

Presidenza: prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Il PRESIDENTE dà la parola al socio prof. BIGNAMI il quale commemora il socio prof. Gaglio. Ne ricorda la vita austera, ne analizza l'opera feconda, commentandone la vasta opera scientifica.

Il PRESIDENTE ringrazia a nome dell'Accademia il prof. Bignami della degna rievocazione.

Contributo alla conoscenza dei diverticoli del duodeno.

Prof. G. SABATINI. — Illustra un caso clinico riferentesi a malato con sindrome dolorosa al quadrante sup. a. dell'addome, riferita a coliche epatiche, nel quale l''esame radioscopico rivelò un diverticolo duodenale. Rileva l'estrema rarità del caso e fa considerazioni sulla eventuale terapia e sulla genesi.

La coagulazione chimosinica del latte per opera del succo gastrico in presenza di bile e sali biliari.

Prof. A. CLEMENTI. — Riferisce le sue esperienze per studiare l'influenza esercitata dalla bile e dai sali biliari sulla attività coagulante del latte, propria del succo gastrico. La bile è ostacolo alla coagulazione del latte per opera della chimosina in concentrazione superiore al 10% e i sali biliari in concentrazioni superiori all'1%, in concentrazioni minori ritardano la coagulazione per l'assorbimento della chimosina per opera della bile e dei sali biliari. Per le sue esperienze l'O. può escludere che la causa dell'incoagulabilità risieda nella diminuzione della tensione superficiale provocata dai sali biliari.

Impiego della reazione dell'iodoformio come reazione di costituzione delle sostanze proteiche.

Prof. A. CLEMENTI. — Comunica pure il resultato delle sue esperienze circa l'impiego della reazione dell'iodoformio come reazione di costituzione delle sostanze proteiche. La reazione consiste nella formazione di iodoformio per aggiunta alle sostanze proteiche di una soluzione concentrata di idrato sodico e successivamente di soluzione jodo-jodurata: la reazione risulta pronta solo se le sostanze proteiche siano però trattate con acido nitroso. Spiega il meccanismo della reazione e ne rileva l'utilità didattica.

Confronto tra l'azione antiemetica della pituitrina, dell'adrenalina e di queste sostanze associate.

Dott. GALATÀ. — Espone i risultati ottenuti con l'uso della pituitrina ed adrenalina associate come antiemetici.

L'azione dei due ormoni associati è notevolmente più intensa.

Ricerche microchimiche sulla secrezione interna del corpo luteo.

Dott. MOMIGLIANO (presentato dal socio prof. G. Pestalozza). — Ai lipoidi secondo l'O. non spetta una funzione ormonica. Richiama l'attenzione su una sostanza con le reazioni dei colloidi, sul corpo luteo, sostanza che rappresenta un documento delle correlazioni funzionali tra le diverse ghiandole a secrezione colloide, e quindi anche in favore di una analogia nei prodotti di secrezione.

Azione di alcuni joni sulla produzione del calore nel muscolo.

Dott. E. SERENI (presentato dal socio prof. Fano). — Riferisce prima sui risultati delle sue esperienze sull'influenza di joni sodici, potassici, di calcio sulla produzione di calore sul muscolo; essi non solo influenzano l'eccitabilità del muscolo, ma anche i processi energetici che si svolgono durante la sua attività.

Anafilassi e rapporti tra madre e feto.

Dott. E. SERENI. — Riferisce delle sue esperienze sui rapporti tra feto e madre nei riguardi dell'anafilassi: è possibile anafilatizzare il feto dentro l'utero senza anafilatizzare la madre. L'anafilassi attiva del feto dà origine ad anafilassi passiva della madre. L'organismo fetale è capace di reazioni immunitarie.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Osteomielite acuta vertebrale.

È un'affezione relativamente rara che si osserva sopratutto negli adolescenti, tra i 12 e i 15 anni, cioè nell'epoca in cui appaiono i punti complementari di ossificazione vertebrale. Ch. Mathieu (rif. in *Presse médicale*, n. 13, 1925) ne riprende lo studio a proposito di 5 casi osservati.

Il traumatismo si trova all'origine dell'affezione in 1/4 dei casi. La porta d'entrata può essere una lesione dei tegumenti, la foruncolosi, un'angina, un focolaio privo di osteomielite degli arti. La regione lombare è la sede più frequente. L'infezione può colpire separatamente l'arco posteriore o il corpo vertebrale, e più frequentemente l'arco, assumendo tre forme: periostite flemmonosa (ascesso sottoperiosteo), periostite esterna (ascesso extraperiosteo), osteomielite epifisaria o iuxtaepifisaria, forma più grave per la sua tendenza alla diffusione. Le lesioni vascolari (trombosi) sono di regola, data la importanza del reticolo venoso perivertebrale, e così pure gli ascessi, uni- o bilaterali, che, nascendo dall'osso, possono restare intramuscolari, o fondersi sotto la pelle dopo aver perforato l'aponevrosi dorsolombare. Le meningi possono essere colpite dall'infezione partita dal focolaio osteomielitico, talora come semplice reazione congestiva di vicinanza, talaltra come meningite per propagazione diretta o pioemica. Anche l'apparato pleuropolmonare è in certi casi interessato (ascesso sottopleurico, ascesso polmonare). Le forme cliniche sono quelle abituali di ogni osteomielite, e così pure i sintomi generali. Importanti sono i segni regionali dell'affezione: atteggiamento rigido del malato che non può essere modificato senza provocazione di dolore, impastamento con circolazione collaterale, tumefazione fusiforme a livello della zona vertebrale lesa, infine fluttuazione profonda. Il decorso dipende dalla gravità o sede della infezione, dalla comparsa delle complicazioni. Di solito l'osteomielite dell'arco è di una gravità molto minore di quella del corpo, che è quasi sempre mortale per la frequenza delle complicazioni nervose e pleuropolmonari. La diagnosi differenziale è qualche volta difficile e delicata, specialmente col m. di Pott: va ricordato che nel Pott l'ascesso posteriore è di una estrema rarità, che è meno esteso, più arrotondato, senza circolazione collaterale, e accompagnato da un gibbo. La puntura, infine, toglie ogni dubbio. Per la terapia l'osteomielite vertebrale, come ogni focolaio osteomielitico, va trattato con la incisione larga e con la trapanazione. La vaccinoterapia può coadiuvare ma non deve avere importanza preponderante.

L'A. si sofferma su dettagli di tecnica (transversectomia, laminectomia, costo-transversectomia, vuotamento con la « curette » del corpo vertebrale, ecc.), e per la via di accesso dimostra che la sola razionale è la laterale, che permette di aggredire il corpo vertebrale contornando il canale senza aprirlo.

Dal punto di vista medico-legale l'esperto può incontrare molte difficoltà nella valutazione del trauma come fattore di localizzazione morbosa.

A. PICCINELLI.

L'artrite reumatoide.

Da una discussione alla Società Reale Medico-Chirurgica di Glascow (dic. 1924, recens. in: *The Brit. Med. Journ.*, 3 gennaio 1925) emerge che clinicamente si deve intendere l'a. r. come un gruppo di affezioni microbiche intimamente connesse l'una all'altra (reumatismo articolare cronico, poliartrite cronica villosa, reumatismo nodoso, gotta reumatica, artrite atrofica, malattia di Still, artrite cronica infettiva).

Di regola non si trova nessun germe nel sangue e nelle zone malate, e solo in rari casi sono stati isolati dalle articolazioni dei bacilli e dei cocchi. Il processo morboso è rappresentato essenzialmente da una fibrosite, con proliferazione ed aumento del tessuto fibroso delle articolazioni colpite.

L'inizio è in genere subdolo e dalle piccole articolazioni; meno spesso l'inizio è dalle grandi, con fenomeni acuti. Il tessuto fibroso dei muscoli, le aponeurosi, le fascie ed il pannicolo adiposo sono più o meno coinvolti e infiammati. La cartilagine e l'osso non sono colpiti primariamente; ma allorquando si stabiliscono immobilità articolari, contratture muscolari e simili l'osso si atrofizza, la cartilagine diviene ruvida e ulcerata, la capsula fibrosa retratta ed ispessita, e finalmente può costituirsi un'anchilosi fibrosa od ossea.

Il focolaio primitivo d'infezione per lo più sfugge; talora si può incolpare una tonsillite, una piorrea, un'affezione cronica dell'intestino e del polmone, una dermatosi, quale, ad esempio, la psoriasi, e così via.

La cura sarà generale e locale. Per la prima corrisponde in molti casi la proteinoterapia aspecifica. La seconda sarà rappresentata dalle varie specie di trattamenti chirurgici e fisici, atti a ridonare la mobilità all'articolazione colpita.

M. FABERI.

La nevralgia cervico-brachiale o cervico-brachialite reumatica.

Al pari delle nevralgie degli arti inferiori possono verificarsi, ed anche frequentemente, algie a carico degli arti superiori, sotto varie forme.

La più frequente a riscontrarsi è quella che Roger-Reboul-Lachaux-Rathelot (*Gaz. des hôp.*, n. 60, 1925), chiamano cervico-brachialite reumatica. Trattasi di una nevralgia che partendo dal collo (parte posteriore) scende lungo il braccio per irradiarsi fino alla estremità dell'arto. È dovuta ad una irritazione delle radici del plesso brachiale per l'artrite dei forami di coniugazione della colonna cervicale, onde si può meglio caratterizzarla col nome di *sciatica del braccio*.

Gli AA. ne hanno osesrvati 23 casi e da essi hanno potuto rilevare come in genere i dolori vengono più frequentemente accusati nella parte posteriore dell'arto con irradiazione alla faccia dorsale della mano e più particolarmente alla radice del dito indice.

Punti dolorosi più netti si hanno nel mezzo della doccia di torsione, nella reg. degli epicondili, nella faccia posteriore dell'avambraccio.

Nel collo i dolori sono meno intensi; impediscono tuttavia la iperestensione e l'inclinazione laterale dal lato opposto. Il punto più sensibile si ha in corrispondenza delle ultime vertebre cervicali e della I e II dorsale.

Può aversi anche dolore in corrispondenza del punto glenoideo anteriore, della parte anteriore dell'articolazione scapolo-omerale, ciò che mostra la coesistenza di una artrite scapoloomerale.

Oltre la localizzazione cervico-brachiale posteriore o cervicoradiale, vi è la forma *cervico-cubitale*, nella quale il dolore appare lungo il fascio nerveo-vascolare alla parte interna del braccio, con irradiazione alla faccia palmare della mano.

Si possono distinguere inoltre *forme alte* con dolore soprattutto cervicale e periscapolare e *forme basse* con prevalenza del dolore al polso e all'avambraccio.

L'*intensità* della nevralgia è varia, potendo aversi casi iperdolorosi, che costringono a letto anche per settimane, e forme invece benigne nelle quali il dolore è leggero e intermittente.

Il riflesso tricipitale è spesso indebolito.

Radiograficamente il rachide cervicale in qualche caso mostra osteofiti o ossificazioni dei legamenti vicini, in altri si nota semplicemente un atteggiamento rettilineo della colonna cervicale, segnalato come un segno di reumatismo vertebrale.

A. POZZI.

Il trattamento del reumatismo articolare acuto e delle sue complicazioni nel bambino.

P. Lereboullet (*Paris médical*, 11 aprile 1925) insiste sul fatto che il reumatismo articolare acuto è una malattia generale tenace; le sue manifestazioni viscerali possono svolgersi parecchi anni dopo la flussione articolare, talvolta leggera ed effimera.

Il trattamento curativo della fase reumatica comporta l'immobilizzazione abbastanza prolungata, l'applicazione locale di prodotti salicilici (di preferenza in pomate poco odoranti) e soprattutto il trattamento intenso specifico con il salicilato di sodio. Questo è analgesico, antifebbrile ed ha un'azione contro l'infezione reumatica; al contrario di quanto si riteneva un tempo, esso non è affatto un depressore cardiaco. Se si vuole intervenire utilmente, occorre somministrarne delle dosi forti, tanto più che il bambino sopporta delle dosi da adulto. Non ci si deve attenere alle dosi di cg. 50 per anno di età, ma somministrarne fino a 5 anni 3-4 grammi al giorno, dai 5 ai 10, 3-5 grammi e dopo i 10, se ne daranno 5, 6, 8 grammi e più. Lo si darà per via orale, in soluzione bicarbonata, molto diluito ed in piccole quantità per ogni volta; si può anche usarlo per via rettale. Nelle forme gravi, si è preconizzata, in unione con la via orale, quella endovenosa (2 cmc. di una soluzione al 5 %, due volte al giorno). Una condizione essenziale per la riuscita è il prolungare il trattamento; anche dopo la scomparsa della febbre e dei fenomeni articolari, si continuerà la somministrazione per almeno dieci giorni in quantità di 2-3 grammi. Le localizzazioni viscerali e specialmente quella cardiaca rendono necessario il prolungamento della cura salicilica.

Finita la crisi reumatica. si ordineranno delle cure saliciliche successive periodiche, p. es., di dieci giorni al mese. Si alternerà tale cura con altre: jodate, arsenicali, ed anche con l'opoterapia tiroidea, che qualche volta influisce favorevolmente sulle sequele articolari.

Come cura climatica, si eviterà il clima marino e si potrà consigliare, con prudenza qualche stazione idrominerale, specialmente le acque clorurate deboli.

fil.

Il trattamento chirurgico e la clinica delle condriti postifiche.

In base a statistiche eseguite durante le epidemie tifiche 1920-1923 Voskresensky (*Novy Khirourghitchesky Arkhiv*, tom. VI, n. 25, 1925) ha potuto stabilire che la condrite insorge special-

mente negli individui, il cui organismo è stato indebolito da un'alimentazione insufficiente, da un trattamento medico difettoso, ecc. È questa la ragione per cui la guerra e la fame sono state caratterizzate da una recrudescenza del numero dei casi di condrite in seguito all'infezione tifosa.

I segni dell'affezione della cartilagine costale possono essere osservati già alla fine del primo mese dopo la scomparsa dei sintomi del tifo ma in alcuni casi l'inizio della condrite si è avuto dopo 7-8 mesi dalla fine del tifo.

La pleura, per la sua prossimità al focolaio condritico, può reagire e formare un essudato sieroso o siero fibrinoso. L'infiammazione pleurica regredisce parallelamente alla diminuzione o alla scomparsa dei fenomeni che si verificano nelle sue vicinanze.

Una guarigione spontanea della condrite postifica è inutile sperare. Anche la semplice apertura e il tamponamento del focolaio è insufficiente; solo il vuotamento completo del focolaio osseo è efficace e può portare a guarigione.

A. POZZI.

Il carcinoma secondario del rachide.

H. Roger (*Marseille médicale*, 15 febbraio 1925) fa rilevare che è questa una complicazione abbastanza frequente nel corso della carcinosi. Esso è spesso misconosciuto, nonostante presenti alcune particolarità caratteristiche. Risiede, di solito, alla regione dorsale inferiore od alla lombare superiore. Malgrado la denominazione di paraplegia dolorosa, la sindrome rimane a lungo soltanto dolorosa ed è sempre più dolorosa che paretica. Dopo uno stadio di dolori diffusi, le algie si localizzano alla parte inferiore del tronco ed alla faccia anteriore di una o di entrambe le coscie, con diminuzione od abolizione del reflesso rotuleo; i dolori sono esacerbati dai movimenti del tronco. In seguito si ha una paraparesi predominante alla radice dell'arto, più flaccida che spastica. Tardivamente si manifesta la gibbosità solitamente ad angolo acuto; invece è precoce il dolore alla pressione paravertebrale.

A questa forma posteriore del cancro funicolo-meningo-vertebrale che si infiltra per il foro di coniugazione e che è la più frequente, si oppone un tipo anteriore di cancro del corpo vertebrale, per propagazione diretta di un neoplasma delle vicinanze, essa si manifesta con paraplegia piuttosto brusca, più completa, più spastica e meno dolorosa.

Dal punto di vista radiografico, l'appiattimento del corpo vertebrale come una galletta, è speciale al cancro. Si può anche trovare l'aspetto pomellato e la vertebra nera per un processo parancanceroso. *fil.*

L'età conveniente per operare le deformazioni rachitiche.

È classica la raccomandazione di operare le deformazioni rachitiche, soltanto a 5-6 anni, quando il rachitismo è guarito e le ossa completamente calcificate. L'intervento più precoce viene sconsigliato sia per i pericoli dell'anestesia, sia perchè le deformazioni possono riprodursi, mentre d'altra parte possono spontaneamente migliorare con l'accrescimento.

E. Allenbach (*Journal de médecine de Paris*, 4 ottobre 1924) contesta l'esattezza di queste affermazioni, osservando che i pericoli dell'anestesia sono stati esagerati, che il raddrizzamento spontaneo è più raro di quanto si creda e che infine le recidive non sono poi tanto frequenti come si afferma. Vi sono invece dei vantaggi evidenti nell'operazione precoce, specialmente per il fatto che, in tal modo, si vengono ad evitare quelle deformazioni secondarie con perturbamento importante della statica e con disturbi articolari consecutivi. Le recidive vengono poi impedite, allorchè si provveda al trattamento con i raggi ultravioletti, i quali hanno l'effetto di ricalcificare l'osso. L'A., in 170 casi di deformazioni rachitiche, è intervenuto 48 volte dai 2 ai 3 anni e 27 volte a 4 anni. In più che metà dei casi l'operazione è stata fatta all'epoca detta pericolosa, senza che si siano osservate nè recidive, nè accidenti da anestesia.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributo alle nostre conoscenze sull'affinità tra varicella ed herpes zoster.

E. Gundersen (*Acta Dermato-Venereologica*, 1924, vol. V, n. 4) rileva come siano tutt'altro che recenti le ipotesi sulla affinità che esisterebbe tra le due forme morbose, varicella ed herpes zoster. Già nel 1892 Bokay, poi nel 19 Frei e Crauston pubblicarono le prime osservazioni su casi di herpes zoster a cui avevano fatto seguito, dopo un periodo di comune degenza ospitaliera, dei casi di varicella. Pensarono insieme ad altri, che un virus comune fosse la causa di ambedue queste forme morbose. L'A. ai casi già noti aggiunge sei serie di casi osservati negli ospedali di Cristiania: si tratta di eruzioni di varicella comparsi in individui da lungo tempo degenti in ospedale, che erano stati a contatto con pazienti affetti da tipico herpes zoster; si tratta inoltre di tipiche zone di vescicole di herpes zoster comparse nella cute di ammalati che erano stati a contatto con individui affetti da varicella. Tipico è il caso di una

bambina undicenne che, degente per psoriasi, cadde improvvisamente ammalata di herpes zoster femorale: 14 giorni dopo la prima comparsa delle vescicole, due bambini dello stesso reparto contraggono varicella; a questi casi segue una epidemia di 14 altri casi.

Ma non solo ragioni epidemiologiche militano a favore della teoria unitaria; clinicamente infatti, è noto come spesso le vescicole dell'eruzione varicellosa non compaiano isolate, ma bensì rimangano raggruppate nelle zone di decorso di nervi principali; analogamente spesso si danno casi di herpes zoster generalizzato. Di più: le lesioni anatomo-patologiche della cute sono per ambedue le malattie, simili, riscontrandosi nello strato spinoso del corpo mucoso la medesima degenerazione vescicolare delle cellule descritte da Unna.

Lipschnitz rileva perfino nelle due malattie dei caratteri di affinità etiologica: è noto come venga riferita la causa di molte malattie infettive alle cosidette inclusioni cellulari reperibili nel nucleo, o nel protoplasma, o nel nucleo e nel protoplasma di alcune cellule. Tipico l'esempio delle inclusioni cellulari nel vaiolo, nel mollusco contagioso. È noto anche come si è tentata una classificazione eziologica di tali malattie a seconda che le inclusioni erano localizzate nel nucleo, nel protoplasma, nel nucleo e nel protoplasma. Orbene, alla categoria delle malattie con inclusioni esclusivamente nucleari appartengono i varii Herpes e la varicella.

Dalla valutazione di tutte le suesposte ragioni, ragioni cliniche, epidemiologiche, etiologiche, anatomopatologiche, compare sotto nuova luce la patogenesi della manifestazione cutanea della varicella: si sa come ad una infezione localizzata ai gangli spinali o alle radici posteriori, ad una loro infiammazione viene riportata oggi la patogenesi dell'herpes con tutti i suoi cambiamenti di condizioni neurogene della cute. Posto che l'herpes di una zona fosse, dunque, dovuto alla infiammazione del ganglio spinale ad essa corrispondente, e posto che herpes e varicella fossero forme morbose affini, la varicella dovrebbe venire considerata non come una malattia esantematica con diffusione del virus per mezzo dei vasi sanguigni cutanei, ma come una vera e propria infiammazione generalizzata dei gangli spinali; in una parola come una polimielite posteriore acuta in cui le vescicole cutanee debbono venir considerate come sintomo neurogeno secondario.

ROCCHI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Azione antisettica dell'urotropina. — All'abbonato n. 8161-1:

L'urotropina si scinde per idrolisi, fornendo formaldeide allo stato nascente, alla quale è stata attribuita l'azione antisettica. Nicolajer, cui dobbiamo l'urotropina (1899), credette che la scissione avvenisse spontaneamente alla temperatura del corpo, e la sua ipotesi fu accolta dal Loebisch, Casper, His, ecc.; ma poi si è riconosciuto che essa è insostenibile: per es. Citron ha accertato che la decomposizione ha luogo solo a temperature superiori a 37°-40° e molto lentamente. Un'altra ipotesi venne avanzata da Wannier, secondo cui la scissione e la conseguente azione antisettica dell'urotropina nell'organismo avverrebbero in presenza di acidi; egli si appoggiava a varie esperienze *in vitro* ed anche alla nozione che l'urotropina è poco attiva nelle cistiti con fermentazione ammoniacale. Questa ipotesi è stata appoggiata da Citron e largamente accolta dagli urologi. Da essa è derivata la nozione di somministrare l'urotropina insieme od alternativamente a sostanze acide. Esempio: acqua 120, urotropina 3, fosfato acido di sodio 9; se ne mette immediatamente in libertà la formaldeide; ma la soluzione si può ingerire benissimo se preparata da poco: la quantità di formaldeide è minore di quella che può liberarsi nello stomaco. Lasciata a luce diffusa, la reazione della formaldeide va aumentando e l'odore e il sapore acri divengono troppo manifesti, di modo che la soluzione non può essere più adoperata. La quantità di formaldeide messa in libertà è molto maggiore se, invece di fosfato acido, si usa acido cloridrico, anche molto diluito, il che si spiega: a 0.2 % l'HCl presenta una pH di 3, mentre il fosfato acido di sodio a 6 % ne presenta una di 5.6.

Data l'instabilità della preparazione, si è raccomandato di ingerire separatamente la soluzione acida e, subito dopo, quella di urotropina; ovvero di alternarle, a distanza.

Si è pensato anche, addirittura, di combinare l'urotropina con acidi deboli: così si sono preparati l'elmitolo (combinazione con l'acido citrico: ha ottenuto molta voga) e, più recentemente, l'hexal (combinazione con l'acido borico, il quale avrebbe il vantaggio della assoluta stabilità), la saliformina (con l'ac. salicilico), ecc.

Si è riconosciuto per altro che l'urotropina agisce anche di per sè, indipendentemente dalla reazione e quindi dalla messa in libertà della formaldeide. Già Nicolajer aveva accertato che, all'1 %, in qualunque mezzo, se non uccide i germi,

ne impedisce o ne ostacola lo sviluppo; questa nozione è stata poi convalidata ed estesa da Götzl e Salus, Vindervogel, Faltin, Duthoit, Pavone, ecc. Così ci si spiega come l'urotropina possa esercitare un'azione antimicrobica, se non proprio microbicida, in qualsiasi tessuto o liquido dell'organismo, ed ostacolare le infezioni locali (colangiocistiti, fratture settiche, ecc.). Specialmente attiva è contro le infezioni delle vie biliari, il che ci si spiega con le ricerche di Duthoit, secondo cui l'urotropina si elimina elettivamente con la bile, oltre che con l'urina. Nelle infezioni generali (setticemie) l'azione dell'urotropina risulta, invece, incerta o debole, anche ad alte dosi. Non si deve mai abusare del rimedio, dato che riesce irritante (il danno recato ai tessuti finisce per superare quello recato ai batteri); specialmente dannosa è per i reni. VERNEY.

Cura del lupus eritematoso. — All'abb. n. 26906:

Non esiste una cura specifica del lupus eritematoso il quale, allo stato attuale delle nostre conoscenze, rappresenta una sindrome morbosa ben caratterizzata nella sua morfologia e nella sua fisionomia clinica, ma determinata con ogni probabilità da cause diverse: nè la teoria che lo riannoda alla tubercolosi o a i suoi veleni trova consenzienti tutti i dermatologi.

I metodi di cura in uso sono essenzialmente locali: il prof. Campana adoperava l'unguento merceuriale, talora con successo: altri consigliano la tintura di iodo associata a sali di chinina per bocca; ma nessuno di tali rimedi, come pure quelli fisio-terapici (raggi X, ecc.), si può considerare come specifico di questa oscura dermatosi.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 10221-1:

Di vaccini per uso boccale si è parlato più volte, specialmente per i b. tifico, paratifici, dissenterici e per gli stafilococchi: a me non consta che vi siano vaccini antigonococcici del genere fabbricati da istituti di provata serietà in Italia o all'estero. V. MONTESANO.

VARIA.

Il controllo medico sugli sport.

Come osserva R. Pauwels (*Le Scalpel*, gennaio 1925) i due termini: educazione fisica e sport non sono sinonimi. Di fatto, nell'igiene degli esercizi fisici vi sono come due tappe: la prima di coltura generale o allenamento fisico, la seconda di applicazione sportiva od utilitaria. Ora, appunto lo sport è un mezzo di perfezionamento fisico, ma non potrà mai diventare da solo un metodo sufficiente di educazione fisica. Quest'ultima, se praticata a dovere, conduce allo sport che ne diventa in qualche modo un corollario. Se ne deduce che le applicazioni sportive dell'educazione fisica consistono nel mettere in azione le risorse organiche acquisite durante l'educazione fisica.

Questa educazione comprende tre gradi: quello d'iniziazione o di allenamento respiratorio, quello di sviluppo armonioso del corpo nella espansione delle qualità fisiche e quello di applicazione sportiva. Lo sport che entra in quest'ultima fase, deve essere escluso dalle due prime.

Il medico non può e non deve rimanere inattivo ed indifferente davanti a questa evoluzione che si fa sempre più vivace e che merita di essere incoraggiata. Egli deve anzitutto entrare a dirigere l'educazione che si fa nel periodo scolastico, in cui si deve soddisfare il bisogno naturale di movimento del ragazzo che dal regime scolastico si sente legato ed oppresso. Si deve quindi guidare uno sviluppo fisico sufficiente, lottando inoltre contro le deformazioni patologiche.

Altra sarà la funzione del medico nello sport. Già si vede che le società sportive, modernizzandosi, domandano al medico il controllo dei loro soci. Egli, senza voler essere invadente e pretendere di regolamentare ogni cosa, dovrà dirigere bene le tendenze di tali società in modo da assicurare a tutti i dilettanti il migliore rendimento Senza controllo medico, lo sport male regolato può produrre nei giovani dei disturbi cardiovascolari e provocare degli accidenti seri; spetta al medico realmente moderno, chiamato ad un elevato ufficio sociale, di evitarli dirigendo opportunamente le attività di questi giovani in modo che non ne venga compromessa la buona causa dell'educazione fisica e degli sport. *fil.*

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

DE FEDE NICOLÒ. *L'Iodarsolo in alcune malattie oculari a fondo scrofoloso.* — Nistri, Pisa, 1924.

D'URSO GIUSEPPE. *La lotta contro la malaria. — L'opera di Angelo Celli.* — Melfi, Mario Del Secolo, 1925.

FEDERICI NICOLINO. *Tubercolosi e gravidanza.* — Palermo, «La Commerciale», 1924.

ID. *Nuovo contributo alla cura della pleurite essudativa con l'autosieroterapia Gilbert modificata.* — Milano, A. Rancati, 1924.

ID. *Rilievi e annotazioni di chirurgia.* — Milano, A. Rancati, 1924.

FERRARINI GUIDO. *Rendiconto clinico-statistico dell'Ospizio Marino di Bocca d'Arno* (1920-23). — Pisa, G. Michelozzi, 1924.

FIAMBERTI MARIO. *Il «Plasmodium vivax», nella terapia della demenza precoce.* Genova, G. B. Marsano, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE

LXVII — Una grave questione di competenza circa le questioni dipendenti dal rapporto di impiego.

Il testo unico 26 giugno 1924, n. 1054 e l'altro della stessa data n. 1058 ci hanno ricondotto tra i tormenti delle contestazioni circa la competenza giudiziaria e amministrativa. Per giungere ad una sistemazione tranquilla occorrerà non breve periodo di elaborazione.

L'art. 4 del testo unico 26 giugno 1924, n. 1058, attribuisce alla giurisdizione *esclusiva* della G. P. A. « i ricorsi per questioni derivanti dal rapporto di impiego... ». Soggiunge l'art. 5 che in queste materie la Giunta « *conosce anche di tutte le questioni relative a diritti* ». « *Restano tuttavia sempre riservate all'autorità giudiziaria ordinaria le questioni attinenti a diritti patrimoniali conseguenziali alla pronunzia di legittimità dell'atto o provvedimento contro cui si ricorre, nonchè le questioni pregiudiziali* concernenti lo stato e la capacità dei privati individui, salvo che si tratti della capacità di stare in giudizio, e la risoluzione dell'incidente di falso ».

Ma, se oggetto e finalità della domanda è la reintegrazione di un diritto patrimoniale (pagamento di stipendi, di indennità stabilite per legge o per convenzione, risarcimento di danno) è competente la G. P. A., anche se non si debba giudicare della legittimità di un atto o provvedimento?

Espongo, anzitutto, lo stato della giurisprudenza.

Alcune decisioni si riferiscono alla competenza del Consiglio di Stato; ma la questione è essenzialmente identica agli effetti dei princìpi direttivi.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 22 agosto 1924 (*Foro It.*, 1924, III, 1°), dichiarò competente l'autorità giudiziaria a giudicare della domanda per la indennità dovuta ad un impiegato per effetto della dispensa dal servizio, in quanto, non essendo contestata la legittimità della dispensa, la pretesa relativa alla indennità, cioè a un diritto patrimoniale, era l'oggetto esclusivo del ricorso. In senso conforme decise la IV Sezione con decisione 6 dicembre 1924 (*Rivista di diritto pubblico*, 1925, p. II, pag. 46), e, analogamente, con decisione 30 gennaio 1925 (*Rivista di diritto pubblico*, p. II, pag. 164).

Però nè il Consiglio di Stato ha fatto ancora un esame completo della questione nè si può ritenere che la giurisprudenza di esso si sia stabilizzata o sia ben avviata. Infatti, con decisione 19 dicembre 1924, la IV Sezione ha dichiarato che la competenza esclusiva comprende la cognizione anche dei diritti patrimoniali, come quelli concernenti l'anzianità e la decorrenza degli stipendi, e che le questioni conseguenziali sono soltanto quelle relative ai danni. Si avverte, in questa risoluzione, la influenza di una nota critica dello Zanobini (*Foro It.*, 1925, III, pag. 1ª) alla decisione 22 agosto 1924, sopra ricordata. Ma, trattandosi in quel caso di giudicare della legittimità di un provvedimento concernente la decorrenza della anzianità, non si può ritenere che la decisione 19 dicembre 1924 segni un nuovo indirizzo. Certo, nella giurisprudenza del Consiglio di Stato non si può trovare una guida sicura: bisogna attenderne gli sviluppi ulteriori, specialmente dal punto di vista della impostazione della controversia.

Le Sezioni Unite della Corte di Cassazione hanno avuto occasione di dichiarare recentemente la competenza dell'autorità giudiziaria a conoscere di domande per diritti patrimoniali (indennità caro-viveri e, in genere, pagamento di somma di denaro) 3 dicembre 1924 (*Giur. It.*, 1925, I, 29); 6 dicembre 1924 (*Giur. It.*, I, 29); 17 gennaio 1925 (*Foro It.*, I, pag. 18); 4 febbraio 1925 (*Giur. It.*, I, 286). Ma in queste sentenze non è esaminata, almeno espressamente, la questione dipendente dalle nuove disposizioni. Non mi risultano pubblicate altre sentenze del Collegio Supremo. Interessante è, invece, la giurisprudenza della Corte di Appello di Roma, I Sez. Civile, anche perchè a me sembra che essa abbia trovato la via giusta.

Con sentenza 17 febbraio 1925 (*Giur. It.*, II, 226) pres. Faggella, est. Preda, la Corte dichiarò che sono di competenza dell'autorità giudiziaria non soltanto le questioni attinenti a diritti patrimoniali conseguenziali alla pronunzia di legittimità dell'atto o provvedimento, ma anche tutte le controversie relative a diritti patrimoniali, concernenti il rapporto di impiego, che non dipendono dall'esame della legittimità di un atto o provvedimento amministrativo.

Questa risoluzione è stata riaffermata dalla Corte (pres. Faggella, est. Pagano) con sentenza 17 marzo 1925 (*Giur. It.*, sez. II, 334) la quale contiene più ampia e precisa motivazione. Anche questa giurisprudenza dovrà subire ulteriori sviluppi, quando la casistica avrà dato modo di chiarirne e di precisarne i limiti; ma, delle manifestazioni giurisprudenziali, quella della Corte di Appello di Roma mi sembra la più importante, almeno come indirizzo generale.

Sin dalla prima applicazione della legge io mi uniformai allo stesso criterio.

Non è il caso di approfondire ora la questione. Mi limito, perciò, ad esporre alcune osservazioni.

Le disposizioni fondamentali sono ancora quelle degli articoli 2 e 4 della legge 20 marzo 1865, n. 2248, all. E. « Sono devolute alla giurisdizione ordinaria tutte... le materie nelle quali si faccia questione di un diritto civile o politico, comunque vi possa essere interessata la pubblica amministrazione e ancorchè siano emanati provvedimenti del potere esecutivo o dell'autorità amministrativa ».

L'art. 26 del T. U. 26 giugno 1924, n. 1054, attribuisce al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale i ricorsi per incompetenza, eccesso di potere o violazione di legge contro atti e provvedimenti di un'autorità amministrativa... che abbiano per oggetto un interesse di individui... *quando i ricorsi medesimi non siano di competenza dell'autorità giudiziaria.*

Dunque: giudizio di legittimità circa provvedimenti che non ledano un diritto civile o politico.

Sin qui nessuna innovazione.

L'art. 27 attribuisce al Consiglio di Stato giurisdizione anche di merito per determinati obbietti *autorizzandolo* a decidere di tutte le questioni pregiudiziali o incidentali (con effetti limitati) relative a diritti, eccettuati l'incidente di falso e le questioni concernenti lo stato e la capacità dei privati individui.

Il fondamento dell'ordine delle competenze rimane fermo; la deroga è limitata alle questioni *pregiudiziali* ed *incidentali*, le quali sono risolute per esigenze di economia dei giudizi, con effetti circoscritti alla questione principale.

L'art. 28 attribuisce alla competenza *esclusiva* del Consiglio di Stato i ricorsi relativi a determinate materie: in alcuni casi (per es., per i rapporti di impiego con lo Stato, ecc.), per solo giudizio di legittimità; in altri, per giudizio anche di merito. Ma si tratta sempre *di un atto o provvedimento del quale si chieda l'annullamento per ragioni di illegittimità o di merito.*

L'art. 30 soggiunge che in queste materie — come in quelle dell'art. 27 — il Consiglio di Stato conosce anche di tutte le questioni relative a diritti; ma per queste gli effetti del giudicato non sono limitati alla questione principale. « Restano, tuttavia, sempre riservate all'autorità giudiziaria ordinaria le questioni attinenti a diritti patrimoniali *conseguenziali alla pronunzia di legittimità dell'atto o provvedimento contro cui si ricorre* nonchè le questioni pregiudiziali concernenti lo stato e la capacità dei privati individui... e la risoluzione dell'incidente di falso ».

Si può ritenere che, avendo l'art. 30 eccettuate le questioni *conseguenziali*, abbia voluto comprendere nella competenza del Consiglio di Stato le questioni di diritto patrimoniale, quando costituiscono l'oggetto della domanda principale? Io non credo che questa interpretazione sia corretta. Seguendo lo stesso criterio si dovrebbe ammettere che, avendo l'art. 30 eccettuato le questioni *pregiudiziali circa lo stato e la capacità e quelle incidentali di falso*, sia stata attribuita al Consiglio di Stato la competenza a conoscere di queste materie qualora non sorgano in via pregiudiziale o incidentale, e siano invece dedotte come oggetto principale della domanda. Ma certamente nessuno pensa che ciò abbia voluto stabilire la legge.

Si deve invece ritenere, così per le questioni pregiudiziali e incidentali come per quelle patrimoniali conseguenziali, che la legge le abbia eccettuate espressamente per evitare il dubbio che, trattandosi di questioni accessorie, fossero considerate di competenza dell'organo di giurisprudenza esclusiva.

Per altro, sarebbe illogico ritenere che siano state eccettuate le questioni patrimoniali *conseguenziali* e non le questioni patrimoniali principali.

Dal coordinamento delle varie disposizioni risulta, per mio giudizio (d'accordo in ciò con la Corte di Appello di Roma) che, presupposto e fondamento della competenza esclusiva del Consiglio di Stato è la domanda di annullamento, per ragioni di legittimità o di merito, di un atto o provvedimento amministrativo. In questo caso il Consiglio di Stato giudica anche, ai fini della domanda ma con effetti non limitati ad essa, delle questioni concernenti diritti, eccettuate quelle riguardanti lo stato e la capacità delle persone, il falso e i diritti patrimoniali conseguenziali all'annullamento dell'atto o provvedimento impugnato.

Identiche sono le disposizioni degli articoli 1, 2, 3, 4, 5 che regolano la competenza di legittimità e di merito e la competenza esclusiva della G. P. A. in sede giurisdizionale. Sicchè identica è la risoluzione anche per i ricorsi concernenti questioni dipendenti dal rapporto di impiego.

Un esempio chiarirà meglio il concetto direttivo.

Il Comune revoca una deliberazione che aveva attribuito la indennità caro-viveri o modifica una disposizione del capitolato concernente il trattamento economico. In questo caso, l'impiegato deve ricorrere alla G. P. A. in sede giurisdizionale per l'annullamento dell'atto che egli ritiene illegittimo.

Ma se l'impiegato pretenda la indennità o lo stipendio in una data misura, sulla base del capitolato, deducendo che da questo atto deriva a lui il diritto preteso, sicchè non si debba agire per l'annullamento di un provvedimento illegittimo, è competente l'autorità giudiziaria a conoscere della domanda diretta al pagamento della indennità o dello stipendio in base al capitolato.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La provincializzazione delle condotte.

Il dott. Vacino, segretario generale del Sindacato Medici Condotti, ha presentato al Consiglio Superiore di Sanità una relazione ed un progetto di legge sulla provincializzazione dei servizi sanitarî, il cui caposaldo è il passaggio dei medici condotti dalla dipendenza dei comuni a quella delle provincie.

È questa un'antica aspirazione della classe sanitaria. Ricordiamo che dell'avocazione della condotta medica alle provincie si fece banditore il prof. Sanarelli, che pronunziò sull'argomento un magnifico discorso alla Camera dei Deputati nel 1910.

Ora la quistione viene riposta ed auguriamo che sia favorevolmente risoluta.

Una soluzione che salvaguardi le esigenze dell'assistenza sanitaria e insieme gli interessi dei medici, che potrebbero anche con il nuovo sistema essere non sufficientemente tutelati sia pure per altre vie ed in altri modi, non è facile.

Conviene che l'argomento sia discusso nei dettagli, onde evitare possibili delusioni. Il progetto redatto dal dottor Vacino sembra ben congegnato e può esser preso come base di discussione. Lo pubblichiamo integralmente.

Ordinamento dell'Amministrazione Provinciale per i servizi sanitari.

1. — L'Amministrazione Sanitaria Provinciale per i Servizi di Vigilanza Igienico-Sanitaria e di Assistenza Sanitaria ed Ospitaliera è costituita:
 a) dal Consiglio Provinciale Sanitario;
 b) dalla Deputazione Provinciale Sanitaria.

2. — Il Consiglio Provinciale Sanitario, nella sua attuale composizione, viene aumentato di sette membri elettivi per libera scelta delle classi interessate (un Medico ed un Veterinario adibiti ai Servizi Comunali, un Medico Ospitaliero, un Farmacista, un Rappresentante delle Amministrazioni Ospitaliere, due rappresentanti dei Comuni della Provincia e di un membro di diritto (Consigliere di Prefettura addetto ai Comuni).

3. — Il Consiglio Provinciale Sanitario, oltre alle incombenze attribuitegli dalla Legislazione vigente, dovrà provvedere a tutti i servizi di vigilanza Igienico-Sanitaria, di Assistenza Sanitaria ed Ospitaliera attualmente gestiti dai Comuni, alla classificazione delle Condotte Sanitarie nelle varie Categorie, al loro sdoppiamento o riunione in Consorzio, alla fissazione degli stipendi, costituendoli di due quote, di cui una fissa per la residenza, ed una mobile in rapporto al numero degli aventi diritto alla Assistenza Sanitaria gratuita, cogli aumenti periodici e indennità varie, agli atti opportuni a promuovere dalle Autorità competenti (Prefetto, G. P. A., Ministero), e, in difetto di loro iniziativa, i provvedimenti necessari per ottenere dai Comuni l'adempimento delle prescrizioni stabilite dalle Leggi e dai Regolamenti in materia di Igiene e di Servizi Sanitari;

All'approvazione delle proposte presentate dalla Deputazione Sanitaria Provinciale e dei Comuni, per la costruzione, acquisto, restauro di stabilimenti, laboratorî ed opere igieniche;

All'approvazione del Bilancio Sanitario Provinciale;

All'apertura dei concorsi, alla nomina, promozione, trasferimento, collocamento a riposo, licenziamento dei Sanitari;

Alla nomina degli Ufficiali Sanitari dei Comuni da esse dipendenti ed alla vigilanza degli Uffici Sanitari stessi; all'approvazione dei Regolamenti Sanitari per Servizi Speciali di Vigilanza Igienico-Sanitaria (Ufficiali Sanitari), di Assistenza Sanitaria per i poveri (Medici e Veterinari Comunali) di Assistenza Ospitaliera; a determinare i criteri per accertare i requisiti per l'iscrizione nello Elenco Comunale degli aventi diritto alla Assistenza Sanitaria ed Ospitaliera gratuita, curandone la esatta osservanza da parte dei Comuni; e tutte le altre attribuzioni relative ai Servizi di Vigilanza Igienico-Sanitaria e di Assistenza Sanitaria, deferite al Consiglio Sanitario dalle leggi precedenti; alla gestione dei contributi della Provincia (per lotta antitubercolare, antirabbica, assistenza agli alienati, nati illegittimi, etc.);

e dei Comuni (per Uffici Sanitari, per Assistenza gratuita ed Ospitaliera) e dei fondi e rendite comunque provenienti, destinate alla Assistenza Sanitaria ed Ospitaliera, tenendole separate dalle rendite delle Istituzioni aventi un fine ed una designazione speciale, che devono esser rispettate, e delle tasse Sanitarie che saranno fissate, con successive disposizioni di Legge, per i Servizi Sanitari.

4. — La Deputazione Sanitaria Provinciale (D. S. P.) sarà composta di undici membri tra i quali quattro di diritto, il Medico Provinciale, il Veterinario Provinciale, il Consigliere di Prefettura addetto ai Comuni, l'Ufficiale Sanitario del Capoluogo di Provincia; gli altri saranno designati dal C. S. P. nelle persone: di un Medico e di un Veterinario adibiti ai Servizi Comunali, di un Farmacista, un Medico Ospitaliero, un Rappresentante dei Comuni, un Rappresentante delle Amministrazioni Ospitaliere, un membro scelto dal Prefetto tra i Ragionieri di Prefettura.

5. — La Deputazione Sanitaria Provinciale adotta in caso d'urgenza, i provvedimenti di competenza del Consiglio Sanitario Provinciale cui, nelle prime adunanze, ne spetta la ratifica; prepara il Bilancio Provinciale Sanitario; provvede all'assunzione temporanea dei Sanitari; provvede mediante il Medico Provinciale e Veterinario Provinciale e loro dipendenti ad ispezionare i Servizi, vigilando sul loro andamento e sui funzionari ad essi addetti; delibera sulle domande di

congedo ordinarie e straordinarie, di aspettativa presentate dai Sanitari;

Prepara gli atti e le proposte per le deliberazioni del Consiglio Sanitario;

Funziona da Consiglio di Disciplina dei Sanitari dipendenti.

6. — La Deputazione Sanitaria Prov. elegge nel suo seno un Presidente ed un Vice Presidente. Coprirà la carica di Segretario Amministrativo un Funzionario di carriera della Prefettura. Tutti i provvedimenti di natura finanziaria saranno resi esecutivi col visto tutorio della G. P. A. tanto se stati deliberati dal C. S. P. che se dalla D. S. P. coi poteri del C. S. P.; in sede di discussione tutoria dovrà intervenire il componente del C. S. P. e della D. S. P. che dell'argomento in discussione sarà stato il proponente o relatore.

7. — I Comuni Capoluogo di Provincia e di Circondario, con popolazione superiore ai 20 mila abitanti, provvedono per proprio conto ai Servizi Sanitari.

I Comuni Capoluogo di Circondario possono domandare al Ministro di affidarli al C. S. P.

I Servizi Sanitari di detti Comuni Capoluogo di Circondario saranno *ope legis* assunti dal C. S. P., quando le Amministrazioni Comunali trascurino l'adempimento delle leggi e Regolamenti Sanitari.

Per tutti gli altri Comuni i Servizi Sanitari sono affidati al C. S. P.

8. — I Comuni che hanno i Servizi Sanitari amministrati dal C. S. P. versano annualmente alla Tesoreria Provinciale l'ammontare delle spese obbligatorie e facoltative: per stipendi, aumenti periodici e miglioramenti di carriera, supplenze, indennità per mezzi di trasporto, indennità speciali ambulatorio, servizi interinali, per assicurazione infortunio e trattamento di pensione ed in genere tutte le somme inerenti ed occorrenti ai Servizi Sanitari.

9. — Al Comune spetta fornire il locale per l'Ufficio Sanitario e il personale per il suo funzionamento per il servizio di disinfezione, per il servizio dell'ambulatorio e di infermiere per l'Assistenza Sanitaria.

10. — Lo Stato contribuisce alle spese per i Servizi di Vigilanza Igienico-Sanitaria con un concorso da fissarsi e a seconda delle necessità, su proposta del Consiglio Sanitario Provinciale, dal Ministro dell'Interno sentito il Consiglio Superiore di Sanità.

11. — La Provincia provvederà i locali per il C. S. P. ed uffici da esso dipendenti; contribuisce alle spese per i Servizi Sanitari, a suo particolare carico, per quelli direttamente da essi dipendenti (Laboratori, Manicomi, nati illegittimi, provvidenze antitubercolari, antirabbiche, antimalariche, ecc.) e come concorso ad integrazione dei contributi Comunali qualora questi fossero insufficienti ad un completo e regolare funzionamento dei servizi.

A tal uopo il C. P. S. nel Bilancio Preventivo prospetterà la spesa globale e quella spettante a ciascun Comune. Nel Consuntivo la spesa verrà ripartita tra tutti i Comuni; ove non basti si integrerà col Concorso delle Provincie.

12. — Il servizio di Tesoreria per i Servizi Sanitari è fatto dalla Sezione di Tesoreria Provinciale che provvede alla esazione dei vari contributi e al pagamento degli stipendi al personale dipendente dal C. S. P.

13. — Alla nomina del personale Sanitario si provvede mediante concorso per titoli, bandito dal C. S. P. e occorrendo, per i casi da questo stabiliti, per esame.

14. — Il concorso sarà per un numero di posti determinato dal numero di posti di Servizio Sanitario vacanti nella Provincia.

Avrà luogo tre volte l'anno, alla fine di ogni quadrimestre.

I concorrenti saranno classificati da una Commissione giudicatrice, nominata annualmente dal C. P. S., in una graduatoria comprendente tanti Sanitari quanti sono i posti.

I posti di Servizio Sanitario alle dipendenze del C. P. S. si dividono nelle seguenti categorie: posti di·

a) Ufficiali Sanitari addetti esclusivamente alla Vigilanza Igienico-Sanitaria con funzioni ispettive, e Medici capi con funzioni direttive dei Servizi di Assistenza Sanitaria dei centri maggiori (non compresi i Comuni Capoluogo di Provincia o di Circondario).

b) Ufficiali Sanitari dei centri minori, che possono attendere anche a servizio Medico Libero, e Medici Comunali (Condotti) di Comuni di ottimo reddito professionale, in centri di importanza notevole, con comodità di residenza e di servizio.

c) Ufficiali Sanitari e Medici Comunali di Comuni di media importanza con reddito minore della categoria precedente, con minore comodità di residenza e di servizio.

d) Ufficiali Sanitari e Medici Comunali di centri di reddito discreto ma con disagio di residenza e di servizio.

e) Ufficiali Sanitari e Medici Comunali di paesi di scarso reddito professionale e con disagio di residenza e di servizio (lontananza dai centri, condizioni topografiche, ecc.).

(Il reddito professionale s'intende quello proveniente dal Libero Esercizio).

15. — La ripartizione delle categorie potrà essere modificata quando ne sia dimostrata la convenienza o necessità. Il Regolamento stabilirà i criteri per la ripartizione di queste categorie e per la valutazione dei titoli agli effetti della graduatoria.

16. — La Deputazione Provinciale Sanitaria, su proposta della Commissione Giudicatrice, procederà alla assegnazione dei Sanitari concorrenti secondo l'ordine delle graduatorie ai vari uffici in concorso, tenendo conto delle esigenze del servizio, dei desideri dei Comuni e della indicazione dei Sanitari.

17. — I sanitari al servizio di Comuni in una Provincia possono, su proposta della Deputazione Provinciale Sanitaria, essere trasferiti da un Comune all'altro della stessa Provincia, quando il posto sia vacante, e per merito o col loro consenso o su loro domanda, motivata da giustificate ragioni personali o di famiglia, o per eccezionali motivi di servizio, sempre quando trattasi di posti della stessa categoria.

I trasferimenti non potranno aver luogo senza il consenso del Sanitario.

18. — I trasferimenti d'ufficio, per servizio non lodevole, le sanzioni disciplinari, il licenziamento saranno deliberati dal C. S. P. con voto favorevole dei due terzi dei votanti secondo le norme del Regolamento.

19. — Contro tali provvedimenti di trasferimento e licenziamento è ammesso ricorso al Ministero dell'Interno, con diritto di sospensione del provvedimento fino alla sua decisione da parte del Ministero.

20. — L'assegnazione degli Uffici, all'infuori dei trasferimenti previsti al n. 17, sarà sempre fatta per concorso.

Per la prima categoria non si potrà adire se non con titoli di Servizio Specializzato per la Vigilanza Igienico-Sanitaria da determinarsi nel Regolamento.

Per le altre quattro categorie dei Medici Comunali addetti all'assistenza Medico-Chirurgica dei Comuni, gratuita per i poveri, non si potrà adire al Concorso di un posto di una categoria se non dopo aver prestato servizio nella categoria immediatamente inferiore.

La Commissione giudicatrice potrà non seguire questa norma solo nei casi in cui a posti vacanti di una data categoria non concorrano Sanitari della categoria immediatamente inferiore, nel qual caso potrà assegnare i posti anche a concorrenti delle altre categorie susseguenti.

21. — Tra le norme che il Regolamento stabilirà per la graduatoria dei concorrenti sarà stabilita la precedenza, nella valutazione dei titoli, al servizio prestato nella stessa Provincia ove il Sanitario concorre, la sua durata e l'anzianità di servizio complessivo.

22. — Per i posti che si renderanno vacanti, negli intervalli delle decisioni dei Concorsi, la D. S. P. provvederà con incarichi provvisori.

23. — I servizi prestati in diversi Comuni, in seguito a nomina regolare, si cumulano agli effetti della valutazione dell'anzianità nei concorsi e degli aumenti periodici dello stipendio.

24. — Il C. S. P. stabilirà i requisiti per la iscrizione nell'Elenco Comunale degli aventi diritto all'assistenza Sanitaria ed Ospitaliera gratuita, con norme che saranno notificate ad ogni Comune.

Tale Elenco dovrà essere comunicato alla D. P. S. che vigilerà perchè siano state osservate le norme predette.

La D. S. P. dovrà rinviarlo al Comune col suo visto di approvazione perchè sia reso esecutivo. La D. P. S. potrà farvi le modificazioni o correzioni che a suo giudizio saranno opportune.

Per il regolamento.

Durante od in seguito al passaggio dei Servizi Sanitari dei Comuni alla Provincia le riduzioni o soppressioni di posti, che eventualmente si rendessero necessarie, dovranno attuarsi, possibilmente, di mano in mano che i posti sopprimendi si renderanno naturalmente vacanti per dimissioni o morte o collocamento in pensione dei titolari.

In ogni caso ai Sanitari stabili esonerati dai loro uffici, in seguito a tale provvedimento non seguito da nomina in altro posto, spetterà una indennità pari a due annualità di stipendio.

Disposizione transitoria.

Con apposito Regolamento saranno specificate tutte le norme per l'approvazione della Legge sulla Provincializzazione dei Servizi Sanitari.

In particolare saranno stabilite norme:

a) per le modalità delle nomine elettive, della durata in carica dei membri, del numero delle Sessioni del Consiglio Sanitario Provinciale;

b) per le funzioni ispettive e disciplinari della Deputazione Sanitaria Provinciale;

c) per le funzioni degli Uffici Sanitari e dei Medici Comunali (addetti alla assistenza Sanitaria Comunale);

d) per la classificazione dei posti di Servizio Sanitario in categorie, fissazione dei relativi stipendi con aumenti periodici ed indennità speciali relative e definizione precisa delle mansioni ed attributi dei singoli uffici;

e) per le modalità dei concorsi, nomina della Commissione giudicatrice, categoria e valore dei titoli di servizio e di studio (servizio prestato in Provincia ove si concorre, anzianità, titoli di studio e di servizio presso Comuni, Ospedali, Istituti di Igiene, ecc.), competenze della Commissione, ecc.;

f) per le nomine dei Sanitari, trasferimenti, provvedimenti disciplinari, licenziamento, collocamento a riposo, ecc.;

g) per i versamenti dei contributi dei Comuni alla Tesoreria Provinciale e la riscossione, da parte di questa, di tutte le altre rendite o Tasse Sanitarie eventualmente fissate, a disposizione del C. S. P. e di altri contributi comunque provenienti (Stato, opere pie, ecc.);

h) per i pagamenti degli stipendi ai Sanitari e personale dipendente;

i) per la formazione degli Elenchi Comunali degli aventi diritto all'Assistenza Sanitaria gratuita e loro revisione;

l) per la somministrazione dei medicinali gratuiti e pagamento dei medesimi;

m) per l'Assistenza Ospitaliera gratuita e pagamento del suo ammontare.

Cronaca del movimento professionale.

L'aumento degli stipendi ai medici del municipio di Genova.

Deliberato il 15 settembre dal C. P. pel Comune, può fornire termini di confronto ai colleghi:

Medico superiore diretto da L. 17,000 a 21,500;
Medici superiori da 16,000 a 21,000;
Medici igienisti da 11,000 a 14,000;
Medico batteriologo capo da 16,000 a 21,000;
Medico batteriologo da 11,000 a 14,500;
Medici condotti da 8,500 a 10,500;
Medico anziano dispensari celtici da 4,100 a 5,000;
Medici titolari dispensari celtici da 3,600 a 4,500.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA D'EGITTO. *Ospedale Italiano.* — Medico radiologo. Vedi fasc. 31. Scad. 15 ott.

AZZANO X° (*Udine*). — 2ª cond.; vedi fasc. 40. Scad. 31 ott.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CERDIA (*Palermo*). — 2ª cond.; L. 9000 e 5 quinquenni; tassa L. 100 (*sic*). Scad. 31 ott.

CICOGNOLI (*Pavia*). — Scad. 31 ott.; L. 11,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 300 ambul.; L. 300 uff. san. Ab. 1855; pov. 137.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria N. e Stabb. Riuniti.* — Assistente medico e assistente chirurgo; età mass. 30 a.; L. 5000. Scad. ore 18 del 31 ott. Serv. entro 15 gg.

GUBBIO (*Perugia*). — Chirurgo primario, medico primario e aiuto chirurgo. Vedi fasc. 40. Scad. 15 ott.

JESI (*Ancona*). — Medico e chirurgo primarî presso l'Ospedale Diociesiano (13 comuni); rispett. L. 10,000 e L. 8,000 e aumenti fino al 50 %; c.-v.; partecipaz. proventi; per la direz., a uno dei due primarî, L. 2000; al med. per sorvegl. e cure Stabilimenti di benefic. dipendenti dalla Congregaz. di Carità L. 1200; indenn. per casi urgenti L. 2000 al med. e L. 2500 al chir. Rivolgersi segreteria della Congregaz. di Carità. Scad. 31 ott.

MANCIANO (*Grosseto*). — Scad. 20 ott.; 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 e assegno annuo rivedibile L. 1500; dieci trienni ventesimo; riconoscimento quattro trienni servizio regolare altri Comuni. Età limite 39 a. Esonero tassa concorso. Chiedere avviso.

MEDUNA DI LIVENZA (*Teviso*). — A tutto 15 nov.; L. 8000 e 2 c.-v., oltre L. 2500 trasp. e L. 500 uff. san.

OSTRA (*Ancona*). — Scad. 15 ott.; L. 8500 per 600 pov. su 3520 ab.; L. 8500 e 10 bienni ventes.; c.-v.; indenn. cav.; tassa L. 50.10.

PISA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Pisa; al 20 ott., ore 18; L. 16,000 oltre c.-v. e L. 2000 indenn. carica, 5 quadrienni decimo; divieto libero eserc. profess. Ab. 70,000 circa. Età lim. 45 a. Docum. a 3 mesi dal 1° sett. Tassa L. 50.20. Esami presso l'Univ. di Pisa. Chiedere annunzio.

PONTEDASSIO (*Porto Maur.*). — Consorzio 6 comuni; L. 7500; addizion. L. 5 oltre 500 pov.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 3000 cavallo, ove occorra (*sic*). Scad. 20 ott.

RAVENNA. — Due cond.; età lim. 35 a.; L. 8000 e 5 quadrienni decimo; c.-v.; L. 2500 cav.; indenn. supplem. di L. 500-1000. A tutto 31 ott.

REANA DEL ROIALE (*Udine*). — A tutto 31 ott.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., 2° c.-v., L. 3000 mezzo trasp., L. 800 uff. san. Rivolgersi Ufficio Municipale.

REGGIO CAL. — Radiologo all'Istituto Diagnostico; L. 10,000 e 20 % partecipazione entrate lorde. Eventualmente esami. Dovrà occuparsi anche di diatermia, elettroterapia e raggi ultravioletti. Domande all'Associazione Naz. Interessi Mezzogiorno d'Italia, Roma, via Monte Giordano 36 (palazzo Taverna) entro il 31 ott. Informazioni dal direttore dell'Istituto, dott. Pietro Timpano, via Acacia, Reggio Cal.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Reclutamento dei sottotenenti di complemento del corpo sanitario. Scad. 31 ottobre. Vedi fasc. 39.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov

SALUDECIO (*Forlì*). — A tutto il 30 ott., 1ª cond.; Ospedale. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. L. 9000 e 10 bienni ventesimo; 2 c.-v.; L. 4000 cav.

SAN SEVERINO MARCHE (*Macerata*). — A tutto il 25 ott., medico e chirurgo primarî; L. 7000 e 3 quadrienni dec.; 2 c.-v.; riconoscimento serv. altri comuni per 2 quadrienni; direzione delle Cliniche (*sic*) medica e chirurgica dell'Ospedale. Età lim. 40 a. Docum. a 1 mese (*sic*) dal 14 sett. Ab. 15000 di cui 5000 nel Capoluogo e Borghi.

SEDRIANO (*Milano*). — Scad. 31 ott.; età lim. 35 a.; L. 10,500 oltre L. 850 uff. san. e L. 400 bic. Ab. 3800. Già in consorzio con Vittuone.

VIBONATI (*Salerno*). — Scad. 14 nov.; età lim. 45 a.; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; c.-v.

VITTUONE (*Milano*). — A tutto il 31 ott.; lire 11,500 oltre aumenti periodici; L. 400 bicicl. L. 700 uff. san. Ab. 2277, pov. 130. Età lim. 35 a.

VOLTRI (*Genova*). *O. P. Ospedale San Carlo.* — Medico primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 (*sic*). Scad. ore 18 del 31 ott. Età lim. 40 a. Laurea da 5 anni. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio alla segreteria.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Roncofreddo (Forlì).
Revoca di diffide: Esanatoglia (Macerata).
Boicottaggi: Maenza (Frosinone).

BORSE DI STUDIO.

Con R. decr. è stata costituita la « Fondazione del R. Istituto Internazionale e Coloniale », in Torino. Esso dipende dal Ministero degli affari esteri ed ha lo scopo di erogare le rendite del soppresso R. Istituto Internazionlae e Coloniale, e-

sclusivamente in borse di studio da conferirsi a giovani italiani e figli di italiani che, compiuti gli studi secondari all'estero, intraprendano gli studi superiori in Italia e preferibilmente in Torino ed a giovani italiani che, compiuti con buon esito gli studi superiori in Italia, vogliano perfezionarsi o far pratica all'estero o nelle Colonie. Le borse di studio debbono essere conferite sempre per concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Per la clinica ostetrico-ginecologica di Sassari la commissione di Facoltà ha designato: Brugnatelli Ernesto, Santi Enrico, Vercesi Carlo; la commissione giudicatrice si è divisa; la maggioranza ha proposto il solo Santi; la minoranza (Clivio) ha proposto: 1) Santi, 2) Vercesi, 3) Brugnatelli.

Nella ricorrenza del 25° anniversario del suo servizio nel Comune di Chiusa di Bressanone, l'Amministrazione di quel Comune ha conferito al dott. Antonio Brunner la cittadinanza onoraria.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica).

Per aderire al desiderio espresso da parecchi colleghi e mettere i soci in grado di partecipare meglio alle discussioni del Congresso della stampa medica, che è indetto per il 28 ottobre a Roma, riportiamo lo *statuto* dell'« Assim »:

1. La Sezione Medica dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana è istituita allo scopo di formare un collegio professionale che possa in ogni occasione assumere la rappresentanza del giornalismo medico italiano, favorirne il progresso, fomentarne la solidarietà e l'affratellamento e tutelare gl'interessi morali e materiali dei soci, adoperandosi ad agevolare ai medesimi l'esplicazione del loro compito.

2. Sono ammessi come soci coloro che fanno del giornalismo medico la loro professione abituale e cioè: 1) Il direttore effettivo, il redattore-capo e il segretario di redazione di periodici scientifici; 2) Il direttore e il redattore capo dei periodici d'interesse professionale; 3) I giornalisti professionisti i quali dimostrino una ininterrotta attività di redattore scientifico in giornali quotidiani per almeno un triennio.

3. Possono essere ammessi come soci aggregati i direttori ed i redattori di stampe periodiche le quali non abbiano epoca fissa di pubblicazione o i redattori segretari di bollettini ed atti di società, i condirettori onorari e i collaboratori eventuali di riviste o periodici scientifici.

4. Sono esclusi dall'Associazione i direttori, redattori, ecc. di periodici destinati precipuamente alla pubblicità e di quelli che risultano proprietà di case industriali (case editrici eccettuate).

5. L'Associazione è retta da una Giunta di nove membri che dura in carica un biennio ed è rieleggibile per due terzi. La Giunta decide inappellabilmente per quanto riguarda la determinazione di socio professionista in casi controversi, l'ammissione e l'esclusione dei vari periodici.

6. Il Presidente, il Vice Presidente ed il Cassiere dell'Associazione sono eletti fra i membri della Giunta. Il Presidente ha la rappresentanza dell'Associazione e nomina un Segretario.

La Giunta si riunisce ogni volta sia ritenuto opportuno per il regolare funzionamento dell'Associazione.

L'Assemblea dei soci deve essere riunita almeno ogni biennio per la rinnovazione parziale della Giunta.

Ogni socio ha diritto ad un voto.

7. La quota sociale per ogni socio è di lire 20, che devono essere pagate al principio di ogni anno. I soci potranno ripetere all'Amministrazione del proprio giornale il rimborso del contributo sociale.

1° Congresso sulla malaria.

Si svolge a Roma mentre il giornale va in macchina. Ne daremo prossimamente una breve cronaca e ne riferiremo i lavori.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi.

Si terrà a Lione, sotto la direzione del prof. Courmont, coi concorso di 18 professori, medici ospedalieri, capi di clinica e di laboratorio. Tassa 150 fr.

Le iscrizioni si ricevono all'indirizzo: Secrétariat de la Faculté de Médecine, Lyon; per informazioni scrivere direttamente al prof. Paul Courmont, Clinique Médicale, Lyon.

Un corso di radiologia polmonare.

Con dimostrazioni ed esercizi pratici sarà tenuto dal 3 al 7 novembre 1925, a Leysin, dal dott. Jaquerod e dal sig. Lauffenburger, radiologo della Società Climatica. Per il percorso Aigle-Leysin e per l'alloggio, iscriversi presso il sig. Lucien Emery, amministratore, Grand Hôtel, Leysin (Svizzera).

Onoranze al prof. Solieri.

Nel grande salone del palazzo Gaddi Pepoli di Forlì sono state rese cordiali onoranze al prof. Sante Solieri, in occasione del conferimento della medaglia d'argento al merito della Sanità Pubblica; erano presenti il prefetto comm. Podestà, il sindaco comm. Panciatichi, molte autorità cittadine e rappresentanze di varie Associazioni e numeroso pubblico, tra cui l'intero Consiglio della Associazione popolare « Dam una man », di cui il Solieri è presidente, i comitati delle signore patronesse, il corpo dei Militi Volontari. Parlarono il vice-presidente dell'Associazione conte Ercole Gaddi Pepoli, l'avv. Bassetti, il sig. Giuseppe Paladino, che presentò al Solieri una targa in bron-

zo, il dott. Paolo Camporesi, che in nome dei discepoli gli offrì una splendida pergamena, il sindaco; rispose ringraziando il Solieri, dopo di che il prefetto gli consegnava l'onorificenza decretatagli.

Vennero anche premiati, con medaglie e diplomi, i Militi Volontari.

Ordinanze di Sanità marittima.

Con ordinanza di Sanità Marittima è revocata una precedente ordinanza concernente le misure profilattiche contro la peste per le provenienze da Tunisi.

Con altra ordinanza le provenienze dai porti del litorale dello Stato di Cearà (Brasile) compresi tra la Baia di Timonha al Nord e Morro Tunao al Sud, sono sottoposte alle misure prescritte dalla ordinanza di Sanità Marittima del 1° settembre 1907, contro la peste.

Gli studenti rumeni nelle Università italiane.

Si è costituita un'« Associazione Studenti Universitari Rumeni in Italia » (A.S.U.R.I.), che ha per programma « l'intensificazione dell'unione culturale fra l'Italia e la Rumania ». Il Comitato centrale ha lanciato un appello che invita ad aderire tutti i rumeni « che hanno compiuto i loro studi in Italia o che stanno compiendoli, i quali considerino dovere di coscienza esprimere il loro sentimento di ammirazione e di riconoscenza all'Italia ed alla sua cultura ».

Le vittime dell'automobile in Inghilterra.

Durante gli ultimi dodici mesi vennero uccise da automobili nella Gran Bretagna circa 4000 persone. Il « Daily Mail », che ha istituito il sistema di assicurazione per la famiglia di ogni vittima di un accidente automobilistico trovata in possesso di una copia del giornale (riceve un premio di 250 sterline) dovette in un sol giorno, e cioè il 22 settembre, pagare quattro premi di assicurazione (per l'ammontare di 1000 sterline: circa 118,000 lire).

Questo pericolo nazionale, come lo chiama la stampa, è in continuo e impressionante aumento. I giornali invocano dal « Home Office » o Ministero dell'Interno misure atte a salvaguardare la vita dei cittadini.

Quanto può valere un piede.

Il Tribunale della Senna ha condannato la società dei Taxis di Parigi a pagare un'indennità di 250,000 fr. all'attrice sig.na Denise Hébert, che in seguito a un incidente automobilistico mentre si recava alla « Comédie Française » dovette subire l'amputazione del piede destro. Parecchi testimoni deposero che lo chauffeur procedeva a velocità eccessiva. La difesa fece osservare che i grandi progressi della ortopedia riducono molto, oggi, i danni della perdita di un piede.

Corso pratico di erboristeria.

Allo scopo di promuovere la conoscenza della flora utile, e mettere in rilievo il valore del prodotto con la distillazione, il Comitato provinciale di Cuneo per le piccole industrie ha organizzato a Pradleves un corso pratico, accelerato, di 8 lezioni, svoltosi dal 1° al 4 agosto per l'identificazione delle principali erbe alpine e la loro distillazione.

Contro la pubblicità fraudolenta.

Il Comitato etico dell'Associazione Medica Britannica raccomanda ai medici associati che intendono prospettare con articoli, nella stampa politica, problemi di scienza medica, di salute pubblica o di polizia sanitaria, di porre la condizione che i loro articoli non siano corredati di commenti, da parte della redazione, sull'attività professionale dell'autore, e neppure della fotografia; stima superflue anche le qualifiche mediche e l'indirizzo. Si rivolge in specie ai più autorevoli rappresentanti della professione, la cui azione viene generalmente presa a modello dagli altri medici.

Contro gl'innesti Woronoff in India.

Si è determinata una viva agitazione, tra gli indù, contro i cacciatori che battono le giungle allo scopo di catturare le scimmie da sacrificare per le cure alla Voronoff. Essa è alimentata dai sacerdoti, poichè secondo il brahmanismo gli animali sono sacri.

L'ex manicomio di S. Maria della Pietà.

La villa Gabrielli, che era stata annessa all'antico manicomio di Roma, e che per molti anni ne costituì la sede più importante, è stata acquistata per 40 milioni dall'Episcopato Americano, che vi porterà il proprio Collegio, affinchè questo disponga di locali più comodi e di ampi parchi sportivi; una parte dei fabbricati sarà usufruita dall'Opera delle Missioni « Propaganda Fide » per aumentare il numero degli allievi.

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Lancet, 16 mag. — W. W. CHEYNE, LISTER, J. B. WHEISFIELD. Ionizzazione del lupus.

Journ. Amer. Med. Assoc. — F. C. WAITE. Le scienze mediche fondament. — D. L. EDSALL. Un esame adeguato alla fine dei corsi clinici. — E. HOLMAN e W. W. J. SCOTT. La dilataz. unilaterale delle pupille nei traumi del cranio.

Difesa Sociale, mar.-apr. — C. GINI. Sul controllo delle nascite. — A. NICEFORO. Mortalità per tbc. in Italia.

Riforma Med., 20 apr. — G. IZAR. Amebiasi polmonare. — CESARI. Esame capillariscopico dei vasi congiuntivali.

Prensa Méd. Argent., 20 apr. — C. P. WALDORP. I metodi di esplorazione funzionale dei reni.

Pediatria, 15 mag. — I. NASSO. Endocarditi fetali.

Minerva Med., 20 mag. — G. GHERARDINI. Anemie dei nefritici. — A. CECONI. Nevrosi gastriche.

Amer. Journ. Med. Sc., mag. — N. B. FOSTER. Cuore da gozzo. — A. PINEY. Natura neoplastica del processo leucemico. — C. M. WILHELMJ. Forma meningea primaria di blastomicosi generale. — R. R. MELLON e D. W. CALDWELL. Epidemiologia del pemphigus neonatarum. — I. L. MEYERS. Sede d'origine del nistagmo.

Clin. y Laborat., mar. — B. LÔPEZ DURÀN. Il cuore nella tbc.

Estudios Médicos, gen. — R. RAMIREZ GARCÍA. Eredità, predisposiz. e pretubercolosi.

Paris Méd., 16 mag. — Numero sulle malattie del feg., del pancreas e delle vie bil.

Giorn. Med. Prat., mag. — E. TOTI. Paralisi laringee associate.

Igiene Moderna, feb. — G. PETRAGNANI. La mosca è batterifera fin dalla nascita.

Journ. d. Prat., 16 mag. — H. MAYET. Trattam. delle fratture della coscia.

Folia Med., 15 mag. — P. M. FRANCO. Il sondaggio potenziale fisico dei surreni nella tbc. polm.

Brit. Med. Journ., 23 mag. — A. WEBSTER e L. HILL. Causa e profilassi del rachitismo.

Boston Med. a. Surg. Journ., 14 mag. — C. L. THENEBE. Il siero antiscarlattinoso Dochez.

Lancet, 23 mag. — P. FLEMMING. Il significato dei sintomi oculari.

Riv. Ospedal., 14 e 31 mar. — G. CAPUANI. La reaz. di Costa nella tbc. polm.

Morgagni, 17 mag. — C. GALEAZZI. Polimiosite acuta.

Japan Med. World, 15 dic. — S. KUSAMA e a. Coltivazione della Rickettsia del tifo es. — 15 gen. S. KUSAMA e a. Eziologia del morbillo. — 15 mar. T. OGUCHI. Rapporti tra precipinogeno e precipitina in vivo.

Wien Klinic. Woch., 21 mag. — A. M. BROGSITTER. Reperti microscopici nell'artrite urica. — H. SCHNEIDER. Il flemmone duodenale.

Deutsche Med. Woch., 22 mag. — H. BEITZKE. Le vie di diffus. della tbc. — R. MÜHSAUR. Diagnosi e operaz. precoci dell'appendicite. — F. HERMANN. Trapianti ovarici.

Gaz. d. Hôp., 23 mag. — E. GIRAUD e G. ZUCCOLI. Sistema conduttore e centri automatici del cuore.

Bull. Ac. Méd., 12 mag. — P. COURMONT e BOISSEL. Infezioni mascheranti la tbc. polm.

Annales de Méd., mag. — Numero di neuropatologia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

ANNO XXXII Roma, 19 Ottobre 1925 Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RELAZIONI.

La terapia specifica della malaria.

Relazione del prof. VITTORIO ASCOLI al I Congresso internazionale per la malaria (Roma 4-6 ottobre 1925).

L'affermazione che la china possedesse una *speciale* virtù contro le febbri periodiche rimonta al principio del secolo XVIII, cioè a cinquant'anni circa dopo che la *divina corteccia* aveva cominciato a diffondersi in Europa.

Questo canone terapeutico lo dobbiamo a Francesco Torti, modenese, il quale nel suo libro *La terapia delle febbri periodiche*, pubblicato nel 1712, dettò precisi insegnamenti per combattere la febbre di malaria con la polvere di china. Nello stesso tempo, utilizzò il dato che molte febbri cedevano e cessavano sotto l'azione della polvere di china, per riconoscere la natura malarica di esse. Dalla sua esperienza, egli trasse la esplicita conclusione che la polvere di china agiva *non contra febrem, sed contra causam febris.*

Tali constatazioni non destarono l'interesse che per la precisa documentazione ond'erano sostenute meritavano; Torti anzi dovette tenacemente difendersi dall'accusa che la polvere di china propinata nel modo da lui indicato fosse dannosa. Se l'affermazione di Torti non ebbe una grande eco, e gli studi sulla malaria non presero quindi una giusta via, fu colpa dei tempi non dell'autore; poichè egli si mostrò tenace e convinto propugnatore delle sue idee, e le diffuse in un latino classico, allora accessibile a tutto il mondo medico. Il suo trattato raggiunse in circa 40 anni sei edizioni.

Quasi un secolo dopo, dalla corteccia di china si estrassero gli alcaloidi efficaci contro le febbri, e furono largamente usati. Tuttavia nè l'esperienza clinica sulla malaria, nè gli studi sugli alcaloidi furono sufficienti perchè si riconoscesse a pieno l'importanza dell'asserto di Torti. Ancora nella seconda metà del secolo XIX si usava la chinina contro qualsiasi febbre e si discuteva unicamente, in base ad esperimenti e ad induzioni fisiologiche, sulle proprietà antipiretiche di questo alcaloide. Si riconosceva al più che la chinina avesse una virtù antifebbrile, più spiccata e costante nelle febbri malariche che non nelle altre febbri.

Soltanto a poco a poco le felici descrizioni del modenese furono riconosciute come vere, ed è me-

rito di Guido Baccelli di averle adeguatamente apprezzate e di averle messe a base dei suoi insegnamenti sulla malaria, creando in Roma quell'ambiente nel quale la scoperta di Laveran (1880) sull'ematozoo della malaria ha potuto trovare riconoscimento, svolgimento e perfezionamento per opera di Marchiafava e della sua scuola.

Pochi anni dopo che fu noto l'ematozoo della malaria, Golgi (1888-1892) provò direttamente l'azione della chinina sui germi della malaria.

Golgi, che aveva scoperti i cicli parassitari della febbre quartana e terzana, determinò quali modificazioni subivano i parassiti, nelle loro fasi evolutive nel sangue circolante, dopo che la chinina era stata somministrata.

Nel ritmo regolare degli accessi febbrili da quartana e da terzana benigna egli riconobbe con precisione che l'azione più intensa della chinina interveniva quando il farmaco era in circolo, al massimo di concentrazione, nel momento della schizogenesi, concludendo che la chinina distruggesse il parassita nello stadio di *merozoita*. Riconobbe inoltre che, quando l'ematozoo diviene endoglobulare, le alterazioni indotte da una stessa dose di chinina sono tanto minori quanto più progredita verso la maturità è la fase di sviluppo. Stabilì che le modificazioni del parassita sono maggiori quanto più grande è la quantità del chinino, fino ad una certa dose: al di là di essa non s'intensificano maggiormente.

La dimostrazione che la chinina agisce nella malaria *contra causam febris* era così data, e chiara e completa. Poichè in quell'epoca si venivano affermando i criteri sulla individualizzazione delle infezioni e del loro decorso in rapporto agli agenti causali, la virtù propriamente specifica della chinina contro la malaria divenne un fatto acquisito, indiscusso, anzi costituì il cardine della terapia della malaria. D'altronde la conferma della diagnosi nelle febbri malariche data dal reperto parassitario rese fermi, energici e tranquilli nell'uso del rimedio specifico, e quindi portò ai risultati voluti. Chi conosca le varietà cliniche delle febbri malariche e sappia maneggiare il chinino, procede quasi con precisione matematica nel preordinare la sua azione e nel prevederne gli effetti.

È pertanto assiomatica la seguente proposizione: *con la chinina adeguatamente somministrata (talora con una sola dose) si tronca qualunque accesso febbrile da malaria e si interrompe la serie dei successivi, mentre scompariscono i parassiti dal sangue.*

I termini, in cui questo netto e impressionante fenomeno si verifica, pongono avanti una ricca serie di evenienze, la analisi delle quali serve a determinare e circoscrivere il problema terapeutico della malaria.

Della enunciata proposizione si devono prendere in peculiare esame tre elementi: la chinina, la febbre, il parassita.

Il parassita, innestato in natura, come sporozoito, arriva, dopo il periodo di incubazione, alle forme del ciclo schizogenico; una certa quantità di tali forme compie il proprio ciclo di sviluppo contemporaneamente: costituisce una *generazione*. Tuttavia i membri di ciascuna generazione non pervengono tutti all'identico e preciso stadio simultaneamente: di un plotone di soldati in marcia la prima fila rimane, sia pure di pochi passi, davanti alle ultime. Le generazioni abitualmente, al primo sviluppo che segue l'innesto, sono più d'una, si svolgono in disordine o innestate l'una con l'altra; più tardi si disciplinano e si separano nettamente: allora *una* predomina. La generazione in attività, nel maturare ed entrare in schizogenesi, versa in circolo i merozoiti che danno luogo a generazioni ulteriori.

I parassiti sono di più varietà o specie: i benigni che percorrono quasi tutto il loro ciclo nel sangue e, come dice già la designazione, non riescono di grave nocumento all'uomo e non sogliono determinare esito infausto: i maligni, che percorrono il loro ciclo, e specialmente le ultime fasi del ciclo schizogenico, nei capillari degli organi, e che provocano spesso gravi sintomi d'infezione e disturbi notevoli negli organi ove a preferenza si localizzano.

Dopo che un certo numero di schizogenesi si è completato, una parte dei membri nati da esse si avvia per il ciclo sessuale con forme maschili e femminili, le quali notoriamente si sviluppano poi nell'*Anopheles*, previa coniugazione. È discusso se le forme femminili possano nel sangue dell'uomo ritornare per partenogenesi al ciclo febbrigno.

La febbre malarica si sviluppa in corrispondenza della schizogenesi di una generazione parassitaria.

È stato ammesso che la febbre sia in rapporto col numero dei parassiti ch'entrano in schizogenesi. A me non risulta: infatti nella febbre che segue dappresso all'innesto degli sporozoiti e che è per lo più alta, grave e con decorso irregolare, non si rinvengono parassiti all'esame del sangue circolante. Essi possono tardare a presentarsi, talvolta anche 4-5-6 giorni, specialmente se appartengono alla varietà maligna. Corrispondenza tra febbre e numero di germi si riscontra lungo il periodo delle febbri regolari con parallelo svolgimento di singole e distinte generazioni parassitarie. Dopo che le febbri hanno a lungo bersagliato un soggetto, e

comunemente nei bambini, si ritrovano parassiti anche numerosi percorrere le fasi del ciclo schizogenico disposti in generazioni senza che la febbre insorga.

Le manifestazioni cliniche che seguono con breve scadenza all'innesto del germe fatto dall'Anopheles sono più gravi e più irregolari per la moltiplicità e accavallarsi delle *generazioni*. Se il parassita appartiene alla varietà maligna possono riuscire anche pericolose alla vita (*perniciose*), sia per l'intensità dell'infezione, sia per l'intensità delle lesioni di organi vitali. Dopo qualche tempo si regolarizzano assumendo il tipo loro proprio, divengono più o meno distintamente periodiche.

Da questa nuda e succinta esposizione di fatti già risulta che la manifestazione abituale della malaria è la *febbre* e ch'essa compare in rapporto con la schizogenesi d'una generazione parassitaria. Abbiamo or ora riferito che il rapporto tra febbre e parassiti è qualitativo, non quantitativo. La febbre, qui come sempre, è la reazione dell'organismo ad una causa che perturba peculiarmente l'insieme dei processi nutritivi: non può svolgersi dunque soltanto in proporzione della causa promotrice, ma deve risentire delle condizioni del soggetto.

Se passiamo a indagare come la schizogenesi d'una generazione parassitaria possa provocare la febbre, usciamo dal campo dei fatti ed entriamo in quello delle ipotesi: tuttavia quasi tutti gli autori sono concordi nel ritenere che il rapido versarsi in circolo delle sostanze proteiche nate dalla schizogenesi, cioè residui del parassita maturo, merozoiti in distruzione e residui di globuli rossi parassitiferi, provochi la reazione febbrile. Nella febbre originano sostanze protettive, difensive, le quali già normalmente impediscono che di solito i parassiti progressivamente crescano e gli accessi si aggravino; ma talvolta finiscono per arrestare a poco a poco, o anche di botto. il succedersi degli accessi. Non tutti i malarici, neanche quelli con parassiti maligni, morivano quando non esisteva alcun rimedio specifico.

Quando la febbre diminuisce, o cessa, in tal guisa, diminuiscono o anche momentaneamente scompaiono i germi del sangue. Le sostanze difensive che si formano nella malaria sono state recentemente determinate nelle loro proprietà: esse non portano a una assoluta e stabile immunizzazione, ma ad una immunità relativa e di breve durata, ristretta forse alla varietà parassitaria inficiente.

Dopo l'azione dei parassiti esaminiamo quella della chinina.

I sali di chinina agiscono per gran parte in proporzione al contenuto di alcaloidi, finchè almeno sono facilmente assorbibili. La dose di alcaloide che agisce contro la malaria è di circa gr. 0,80-1,2 per la malaria benigna; 1,5-2-2,20 per la malaria maligna. Sono le dosi che io ho definito come *terapeutiche*: dosi più basse sono inattive o quasi; dosi più forti, mentre non è dimostrato che siano più utili, provocano disturbi nel soggetto (*chinismo*). Le dosi terapeutiche, si direbbe con linguaggio matematico che sono *necessarie* e *sufficienti*. Dai ricordati studi di Golgi è dimostrato che gli effetti della chinina variano, secondo che viene somministrata in una fase o in un'altra della febbre e della vita parassitaria. Qui merita particolare attenzione una proprietà, la quale nella chinina non sarà mai valutata abbastanza: intendo dire la *azione* che produce *in situ*. Il sapore amaro intenso, e specialmente l'azione irritante sullo stomaco rendono difficile di somministrarla sciolta in dosi un po' forti, ne limitano la dose, se vuolsi somministrare in cartine.

L'azione topica, irritante e perfino necrosante della chinina, fa sì che non debba introdursi nel sottocutaneo o, meglio, nel tessuto muscolare in concentrazione superiore a grm. 0,30-0,50 per cmc. di liquido e non più di 2 cmc. in una regione per ogni volta: con più forte concentrazione si ha reazione di flogosi asettica e lento e scarso assorbimento. Se per caso capita qualche germe patogeno, facilmente induce l'ascesso. Per iniezione endovenosa il farmaco dev'essere diluito almeno a 1:10.

In pratica la via migliore e da prescegliersi è la via della bocca, a meno che non esistano speciali intolleranze gastriche o disturbi intestinali che mettono in forse l'assorbimento. La rapidità e l'intensità d'assorbimento non sono molto diverse tra le vie gastrica, sottocutanea, intramuscolare. In clinica, se l'azione topica obbliga a speciali avvedimenti nella scelta dei sali e nelle modalità d'uso, lascia fortunatamente campo alla possibilità di propinare, per l'una o per l'altra via, dosi sufficienti allo scopo. La via endovenosa è da usarsi in condizioni speciali.

Il problema dell'assorbimento della chinina si connette con quello della sua eliminazione. La chinina immessa per via endovenosa si elimina subito in parte nelle urine, ma poco dopo prende un ritmo di eliminazione lento, analogo a quello che si verifica quando è immessa per le altre vie: comincia in tali casi ad eliminarsi dopo poche ore in modo che gran parte è espulsa entro una giornata. Se pertanto l'assorbimento avviene con lentezza o la somministrazione avviene per dosi piccole e distanziate, si corre rischio di non riuscire a produrre mai una forte carica di chinina nell'organismo.

La dose dell'alcaloide da propinare viene li-

mitata ancora dall'azione ch'esso esercita sul complesso dell'organismo e specificamente sul sistema nervoso e sull'apparato cardiovascolare, che più direttamente ne risentono l'influenza. I disturbi del *chinismo* insorgono talvolta già con le anzidette dosi terapeutiche, ma nella generalità dei casi sono lievi e sopportabili; diventano molesti e dannosi con le dosi più alte. Adunque in pratica riesce agevole far pervenire, al momento desiderato, nel sangue, quantità utili di chinina, senza recare troppa molestia all'individuo. S'intende che le dosi varieranno secondo il peso del corpo, l'età, il sesso, il temperamento e la tolleranza del soggetto.

Resta ancora a stabilire in quale momento è preferibile che l'alcaloide si trovi nel sangue. Noi ricordiamo le fondamentali ricerche di Golgi sulle alterazioni dei parassiti dopo l'uso della chinina; sono state confermate quindi da Baccelli, Mannaberg, Romanowski, Marchiafava e Bignami, Ziemann, Schaudinn, Rieux Billiet, Soulier e Cardamatis; Bass negli ultimi anni le ha riscontrate nelle colture. Tutti concordano nell'ammettere che specialmente il citoplasma è alterato, poichè si colora meno facilmente, perde la forma e il vacuolo nutritizio; ma che anche la cromatina nucleare è lesa, si frammenta e finisce per dissolversi. Le forme mature del ciclo sessuale resistono alla chinina e non subiscono modificazioni. Se dopo la somministrazione della chinina si altera il parassita e in misura differente secondo la fase in cui è sorpreso dal farmaco, e se con le alterazioni parassitarie corrispondono i benefici effetti sulla febbre, noi dobbiamo concludere che conviene *concentrare* nel sangue la chinina nel tempo più adatto per gli scopi che vogliamo raggiungere.

Nelle terzane e quartane, le quali sogliono tenere decorso periodico, Golgi ha dimostrato che se la chinina, in dosi terapeutiche, perviene 6-7 ore prima del brivido, generalmente l'accesso non si presenta e si tronca la serie; se perviene in tempo più prossimo al brivido l'accesso imminente insorge più o meno simile al precedente, ma i successivi mancano.

Il magnifico risultato che con una dose si ottiene nelle citate circostanze non si raggiunge nella terzana maligna, neanche se gli accessi si sono abbastanza regolarizzati traverso una serie di recidive: necessitano per lo più almeno 2-3 dosi per troncare la febbre. Analogo risultato si raggiunge anche nelle più gravi e pericolose febbri da malaria, le *perniciose*. Nel trattamento di esse però bisogna bensì confidare nelle dosi terapeutiche più alte (2-2,30 di alcaloide), concentrarle e mantenerle qualche giorno nel sangue; ma bisogna nel tempo stesso con ogni acume e sorveglianza badare alle singole funzioni, sovratutto a quelle del sistema cardiovascolare, il cui *tono* gravemente si abbassa, e provvedere a riparare alle deficienze. Se la cura è tempestiva e bene condotta, anche le perniciose sono vinte dalla chinina.

Possiamo pertanto legittimamente concludere che con la chinina teoricamente si riesce a vincere ogni febbre da malaria. L'esito infausto che talvolta si verifica, dipende da che l'intervento è stato tardivo, le condizioni del soggetto deteriorate, le cure collaterali poco proporzionate ai disturbi delle funzioni organiche.

La chinina pertanto non è venuta meno al compito che fino a pochi anni fa le era assegnato: *combattere, troncare la febbre da malaria.*

*
* *

Come sempre avviene nel campo biologico, ove, risoluto un problema, se ne trovano pronti dei nuovi e sempre più gravi o delicati, così, per la malaria, dopo avere avuto il modo di signoreggiare e dominare la *febbre*, abbiamo visto che, tolta la febbre, non era tolta di mezzo la malattia. Per distruggere la malaria nell'uomo bisogna avere sradicato in modo completo ed assoluto i parassiti. Potrebbe quasi affermarsi che la *febbre* non è ormai più che un *episodio* della malattia, episodio molesto, pertinace, talvolta perfino pericoloso; ma episodio. La malattia è costituita dalla permanenza del parassita nell'organismo e dai danni ch'esso provoca.

Allora, in modo più o meno cosciente, noi abbiamo imposto alla chinina un compito nuovo e più grave: *distruggere il germe della malaria.* È il problema terapeutico odierno.

Procederò per sommi capi nella seconda parte come ho fatto nella prima parte di questa relazione, la quale, data la brevità del tempo, non può essere una disamina di tutto il vastissimo materiale che ogni giorno si pubblica, ma soltanto il frutto della mia esperienza e delle convinzioni personali.

Fra i dati finora esposti, due possono prendersi come punti di partenza per questa parte del mio studio:

1) le alterazioni morfologiche che dopo l'introduzione della chinina nell'organismo sono state riscontrate nel parassita;

2) la scarsa influenza che su queste alterazioni e sul decorso della malaria hanno dosi di chinina superiori alle terapeutiche.

La dose terapeutica porta alterazioni proporzionate al periodo del ciclo biologico in cui investe il parassita. Dei parassiti circolanti che si

trovano nella fase percossa più fortemente, non tutti sono intaccati con la stessa intensità perchè non tutti allineati in un identico stadio: sfuggono poi quei parassiti che, ristagnando nei capillari, sono come fuori del circolo.

Nel caso comune, in cui più generazioni, più o meno palesemente, vivono nel contempo nel sangue, i germi che si trovano in fase differente dalla fase colpita sono risparmiati. Poichè non si avrebbero più vaste conseguenze da dosi maggiori, è evidente che nel caso d'una malaria, anche primitiva, una dose di chinina, quando pure tronchi la febbre e gli accessi che seguirebbero immediati, non distrugge tutti i germi esistenti nell'organismo. In tempo più o meno lungo, essi, sviluppandosi, ricostituiscono generazioni capaci di provocare la febbre. La malaria riprende un corso di febbri recidive, creando un processo patologico del tutto analogo a quello che la chinina ha sospeso. Lo ha sospeso solo temporaneamente; ma non si concluderebbe con rigore di logica, se si affermasse che lo ha sospeso *inutilmente*. Infatti, l'organismo, nella sospensione della febbre, ha potuto rifarsi dei danni patiti negli accessi precorsi. Se, dopo cessata la febbre, si fosse somministrata un'alta dose di chinina nel periodo in cui la generazione febbrigena si stava ricostituendo, si sarebbe distrutta una certa quantità di germi: così successive somministrazioni di chinina avrebbero stremati altri germi fino a che li avrebbero distrutti completamente.

Appare chiaro che anche nel caso di una malaria primitiva, la chinina non riesce, con una o poche dosi, a distruggere tutti i germi; ma raggiunge quest'intento dopo una serie più o meno lunga di giorni di cura.

La sradicazione della malaria primitiva è graduale, ma sicura. Il tempo necessario per la guarigione completa può essere di 1-2 mesi per la malaria benigna; si può protrarre per 6-7 mesi nella malaria maligna.

Salvo casi straordinariamente rari, in cui si riesca a diagnosticare il primo attacco, ch'è seguito a brevissima distanza ad un innesto, e si curi con prontezza ed energia immediata, è difficile ad evitare, anche nella malaria primitiva, che il germe della malattia entri nel ciclo sessuale e quindi generi forme più resistenti alla chinina; ma generalmente noi vediamo negli ospedali, e sopratutto negli abitanti delle zone infeste, soltanto casi che durano da qualche tempo, anche da un anno e più, e che pertanto hanno nel sangue molte forme del ciclo sessuale. È la *malaria recidiva*.

Non intendo entrare a discutere il meccanismo delle recidive, e specialmente se e quanto la evoluzione delle forme sessuali contribuisca alla genesi delle recidive. Se pure l'intervento di esse fosse sicuro e largo, non toglierebbe importanza al fatto che a mano a mano, con la cura chininica protratta, anch'esse scompaiono dal sangue, sia perchè il numero e la portata delle generazioni febbrigene diminuisce, sia perchè la chinina intacca anche le forme sessuali fino a che percorrono le prime fasi evolutive.

Tuttavia il problema della guarigione radicale nella malaria recidiva diviene più grave, perchè talvolta gli effetti della chinina sono meno pronti e decisi e perchè le recidive sono più ostinate.

Per non allontanarci dai fatti positivi, dobbiamo riconoscere che anche qui una chinizzazione condotta con energia e con metodo, protratta per lunghi mesi e ripetuta a tempo opportuno, finisce per aver ragione della malaria, e porta alla eliminazione definitiva dei germi. Un tale risultato facilmente si raggiunge in singoli soggetti; a stento si può ottenere in una zona malarica nelle masse anche se strette da disciplina; non si ottiene nella popolazione libera da vincoli, specialmente se non stabile.

L'interpretazione varia secondo il peso che gli autori dànno ai fatti concreti e secondo che li accreditano in conformità alle loro tendenze dottrinali. Il chinino produce disturbi locali e generali, e non è quindi preso volentieri per bocca; le iniezioni sono dolorose e mal si prestano per somministrazioni in massa e a lungo. La cura richiede tempo e attenzione: ben di raro viene condotta con la persistenza e la metodicità necessaria; tanto meno le norme sono seguite, quanto meno esse sono richiamate dalla febbre o da dolori. L'apatia stessa che la malaria induce, a lungo andare porta a trascurare il trattamento terapeutico. Per queste ed altre intuitive condizioni di vita, la chininizzazione necessaria non è facile a praticarsi dalle masse: manca quindi il fondamento per la guarigione. Ma si aggiungono motivi d'altra natura, ad ostacolare la guarigione.

Nel periodo della cura possono intervenire nuovi innesti di parassiti, della stessa specie o, peggio, di altra specie. Il nuovo germe si sviluppa e disturba il lavorio di guarigione intrapreso.

La minore azione della chinina nella malaria viene spiegata con l'ipotesi che gli ematozoi malarici col tempo acquistino una certa assuefazione al farmaco, in guisa che ne risentano meno gli effetti, e finiscano anche per diventare ad esso insensibili: *resistenti*, come si è detto, *alla chinina*. Questa agisce abbastanza contro la febbre, ma le recidive si seguono con frequenza e un certo numero di parassiti persiste nel sangue.

Ciò è innegabile e rappresenta essenzialmente

la difficoltà della guarigione. D'altronde malarici del tutto insensibili alla chinina (con parassiti *chinino-resistenti*), io non ne ho mai osservati. Elevando la dose della chinina, cambiando via di propinazione, sostituendo un sale ad un altro tra i sali più attivi, le manifestazioni hanno ceduto e i parassiti sono scomparsi. Talvolta le recidive con reperto positivo hanno seguitato qualche tempo, perfino una ventina di volte, ma sono alla fine cessate. E tali osservazioni non sono isolate.

Una certa assuefazione si stabilisce, specialmente se si adoperano dosi piccole di chinina; ma la chinino-resistenza è relativa.

La costituzione dell'individuo e le condizioni di esistenza e di alimentazione modificano l'azione della chinina. La robustezza del soggetto e una buona norma di vita, senza dubbio favoriscono e affrettano la guarigione.

L'importanza dei fattori individuali nell'ultimo periodo degli studi sulla malaria, ha richiamato su di sè tutta l'attenzione. Si è supposto che da essi dipendessero i poteri di difesa dell'uomo contro i parassiti malarici, e che la difesa si esplicasse non solo nel sostegno delle forze organiche, ma in un'esplicita azione antiparassitaria. Le sostanze difensive dell'organismo agirebbero contro i germi. La chinina gioverebbe a facilitare, a promuovere le forze antiparassitarie, cioè indirettamente.

Questo modo di intendere il meccanismo d'azione della chinina è accolto da molti buoni osservatori: Nocht e suoi collaboratori, Ziemann, ecc.

Ci sia consentito di discutere, brevemente almeno, una tale questione, prima di intraprendere l'esame dei danni che conseguono a numerose recidive e ai mezzi per ripararli.

Gli argomenti principali contro l'azione antiparassitaria della chinina sono ricapitolati da Nocht nel modo seguente:

1) la chinina non ha azione contro i gametociti; 2) il sangue defibrinato di malarico nella concentrazione di 1: 5000 di chinina iniettato nell'uomo trasmette la malaria; 3) la chinina non impedisce le recidive; 4) le somministrazioni prolungate e quotidiane di chinina, specialmente se in dosi grandi e quotidiane, diminuiscono l'efficacia della chinina contro la malaria.

Con il rispetto dovuto all'alta competenza di Nocht, io credo che questi argomenti sieno oppugnabili. Si può infatti osservare:

1) che la chinina non agisca contro i gametociti è stato da tutti riconosciuto, specialmente da coloro che hanno ammesso l'azione diretta della chinina. Se non modifica i gameti, significa forse che non modifichi i trofozoiti, che non distrugga i merozoiti?

2) che il sangue defibrinato e alla concentrazione di chinina di 1:5000 riproduca la malaria, non prova che la chinina non agisca contro i germi, perchè nel sangue possono essere contenuti gameti; perchè la chinina non distrugge i trofozoiti avanzati nello sviluppo endoglobulare; perchè le condizioni di esperimento sono diverse da quelle in cui la chinina agisce quando è somministrata al malarico.

3) che la chinina non impedisca le recidive, può voler dire che non distrugge tutti i parassiti, ma non già che non agisca contro di essi e specialmente contro alcuni stadii della loro esistenza.

4) che con la somministrazione protratta a grandi dosi la chinina perda efficacia contro la malaria è affermazione che può derivare da personali e singolari constatazioni, ma non risponde alla comune osservazione dei fatti.

Come ho riferito poco sopra, anche nei casi considerati chinino-resistenti, con la chinina adeguatamente propinata la febbre ha sempre ceduto e i parassiti sono scomparsi per lungo tempo.

Gli argomenti addotti contro la virtù antiparassitaria della chinina non mi sembrano pertanto decisivi.

Ammettendo che la chinina agisca sul parassita, io non escludo che l'organismo non partecipi, e attivamente, al processo di guarigione della malaria. Che nella malaria si stabilisca una certa immunizzazione l'ho riconosciuto ampiamente nel mio trattato (1915), e l'ho ripetuto in riassunto in questa relazione. Ammettere le difese dell'organismo contro la malaria non costringe ad escludere la virtù antiparassitaria della chinina: le due azioni possono coesistere. Infatti la malaria guarisce in molti casi spontaneamente, diremo dunque, per le forze dell'organismo; ma propinando la chinina in dosi adeguate e a tempo determinato, noi oggi a piacere nostro tronchiamo le manifestazioni cliniche della malaria e otteniamo la scomparsa dei parassiti dal sangue con matematica precisione. Nessuno può dubitare che l'alcaloide non abbia esso provocato questo prodigioso fenomeno: le difese organiche per sè non avrebbero avuto ragione della malaria, se non dopo molto tempo e traverso chi sa quante oscillazioni e incertezze.

Non resta quindi che a discutere *come, con quale meccanismo*, la chinina ha determinato il suo effetto.

Rispondono ovviamente i sostenitori dell'azione indiretta della chinina ch'essa ha promossi, esaltati, i processi naturali di difesa. Nessun grave argomento può opporsi; si può soltanto affermare che qui è una petizione di principio, si ammette ciò che si dovrebbe dimostrare. Ci è lecito chiedere loro una risposta alla domanda seguente: men

tre la chinina ha pochi e transitori effetti sulle più diverse infezioni, dove pure l'organismo si difende, come avviene che abbia virtù così spiccata e pronta nella infezione malarica? Replicherebbero che nella malaria la azione difensiva è specifica; ma sarebbe affermazione vaga. Se noi pure l'accogliessimo come buona, ci domanderemmo: posto che la virtù immediata ed energica della chinina dipende dalla potente attività, ch'essa solleva, nelle difese organiche, com'è che queste difese si attenuano in breve tempo e le recidive si stabiliscono appena la chinina è sospesa? L'insorgenza ostinata delle recidive nella malaria, ch'è l'argomento precipuo contro la virtù antiparassitaria del farmaco specifico, varrebbe in sostanza ancor più contro l'ipotesi che la chinina stimoli i poteri di difesa.

Finchè i sostenitori della azione indiretta della chinina non avranno dimostrato com'essa ecciti e accresca i poteri d'immunizzazione e in qual modo le sostanze immunizzanti modifichino la struttura dell'ematozoo e come facilmente oscillino d'intensità, io rimango nella vecchia idea che la chinina agisca contro il parassita della malaria. Baso il mio giudizio specialmente sulle constatate modificazioni citologiche. Prevedo la facile obbiezione: che tali modificazioni seguano all'introduzione della chinina non significa che siano cagionate direttamente; le alterazioni del sangue indotte dal farmaco potrebbero determinarle in modo indiretto. Ma intanto alterazioni del sangue specifiche indotte dalla chinina nei malarici non sono note; mentre i rapporti tra modificazioni di parassiti e dose di chinina e tempo di somministrazione depongono in favore dell'azione diretta.

Ma la clinica mi ha ormai tanto abituato a valutare i fatti al di sopra delle presunte spiegazioni, ch'io sento il dovere di dichiarare perchè mi sia permesso qui di insistere sopra un argomento dottrinale.

La chinina eserciti la sua virtù direttamente o indirettamente sul parassita, poco importa al medico pratico: importa il fatto che in rapporto con l'alcaloide introdotto si alterano i germi e si modifica l'espressione clinica della loro vita.

Questi fatti mi sembrano inoppugnabili. Ed essi impongono il dovere di introdurre la chinina in dosi e tempi bene determinati, mentre io temo, come di fatti sta avvenendo, che se si ammette con termini generici che la chinina agisca sulla malaria indirettamente, cioè eccitando e accrescendo i poteri di difesa, la questione della dose e del modo di propinarla appaia subordinata. Io invece ripeto che il successo nella cura dei malarici è in gran parte legato al modo di usare il rimedio specifico.

In conclusione, ritengo che il processo di guarigione della malaria si svolga per i danni diretti della chinina sui parassiti e per le sostanze immunizzanti elaborate dall'organismo: la chinina disturba o annulla la vita dei germi; i germi lesi con i loro prodotti inducono la immunizzazione. Perchè la virtù della chinina s'esplichi nel miglior modo è necessario che con dosi terapeutiche concentrate nel sangue a tempo debito tronchi la febbre e vi sia per qualche tempo mantenuta in proporzione sufficientemente alta (anche con somministrazione ripetuta di dosi refratte) finchè la vita dei germi in circolo non sia repressa. È necessario che sia data in modo energico, brusco e discontinuo se si vuole impedire il ripristino delle generazioni febbrigene.

Dato il modo come agisce sugli ematozoi, sembra quasi assurdo pretendere dalla chinina la così detta *sterilisatio magna*, ma essa è capace di dare con sicurezza una sterilizzazione frazionata, che mette capo alla guarigione radicale.

Abbiamo sopra enumerato molte condizioni che in pratica impediscono ch'essa raggiunga il suo completo e benefico intento; ma chi guardi alla essenza delle cose costaterà facilmente che la mancata guarigione dipende o da che essa è male e insufficientemente usata o da che le infezioni malariche sopraggiunte fanno per così dire piombare nell'abisso un processo che si avviava alla vittoria. Molto spesso la pertinacia della malaria dipende da ambedue i motivi.

Le deficienze non sono dunque nella virtù intrinseca del farmaco; ma nelle circostanze in cui viene adoperato.

Quando la malaria ha dato luogo a un certo numero di *recidive* determina un complesso di conseguenze, che costituisce quello stadio definito come *malaria cronica*. Nella malaria cronica si sommano i danni delle febbri ripetute, cioè l'anemia e le alterazioni degli organi emopoietici, con i disturbi funzionali del sistema nervoso e del circolo; le espressioni cliniche della malaria sono attenuate, ma tenaci e persistenti, mentre abbondano nel sangue parassiti del ciclo asessuale e del ciclo sessuale. Si contemperano una certa resistenza dei parassiti alla chinina e una certa immunizzazione dell'organismo contro la malattia.

La malaria cronica origina abbastanza rapidamente dalla terzana maligna e dalla malaria mista (il più spesso terzana maligna e benigna; non di rado terzana maligna e quartana); origina lentamente dalla malaria benigna.

È pertanto evidente che la malaria cronica compromette la capacità lavorativa e la resistenza dell'individuo, mentre costituisce una ricca sorgente per la diffusione dei parassiti nelle zan-

zare; è anche difficile a debellare completamente. Qui, oltre la chinina, occorrono i coadiuvanti (specialmente arsenico e ferro) e le cure complementari (cambiamento di clima, cura d'acque leggermente lassative).

Da ogni punto di vista è necessario impedire che il malarico arrivi a questo stadio. Per raggiungere lo scopo, la chinizzazione dev'essere precoce, e condotta con energia e con metodo. Per singoli individui viventi in buone condizioni igieniche l'azione della chinina e le difese organiche portano a guarigione nel lasso di parecchi mesi; per le masse occorrono speciali provvedimenti sosiali, non ancora facilmente realizzabili. Esse sarebbero forse raggiunte se si trovasse modo di ovviare nel tempo stesso a nuovi innesti parassitari, adottando il più antico precetto nella cura dei malarici: *fuge coelum sub quo aegrotasti*. Pertanto se i malarici fossero allontanati nella stagione degli innesti parassitiferi dalle zone infette, e arruolati per lavorare in luoghi salubri, sarebbero allora anche proficuamente chinizzati.

Come si vede il problema della cura della malaria è risolto per individui singoli: per essi, la guarigione è questione di buona volontà. Per le masse che vivono in zone infeste il problema è praticamente molto complicato ed ha bisogno della persuasione e della decisa volontà sia del medico sia del malato, ma nel tempo stesso richiede indispensabilmente una somma di provvedimenti sociali che soltanto i poteri pubblici possono attuare.

La chinina è stata impiegata non solo a scopo curativo, come abbiamo illustrato; ma anche a scopo profilattico cioè per prevenire la malaria nei sani. Sono stati vantati successi con dosi piccole e con dosi terapeutiche; ma sono stati riconosciuti molti insuccessi. Per me è tuttora assai dubbio che la chinina riesca a impedire l'attecchimento della malaria in soggetti sani che siano stati infetti con punture di Anopheles. La chinina non agirebbe contro gli sporozoiti nè contro le fasi che essi percorrono prima di dare le generazioni febbrigene.

Gli esperimenti praticati sull'uomo in laboratorio non depongono in senso favorevole. Le statistiche nelle regioni malariche per la complessità delle circostanze poco si prestano a conclusioni rigorose.

Questa relazione è intestata alla *cura* e non alla profilassi della malaria: uscirei dal tema, se mi fermassi sulla azione della chinina quale preventivo della malaria.

Voglio soltanto notare che, quando la chinina è usata a senso profilattico, riesce utile indiscutibilmente come mezzo curativo, impedendo temporaneamente che le febbri insorgano o nella peggiore ipotesi che assumano gravità.

*
* *

La necessaria brevità di questa relazione non mi consente di trattare una quantità di problemi che si connettono con la questione fondamentale, e la completano.

Basti accennare alle intolleranze per la chinina che un ristretto numero di individui presenta in modo primitivo, e che un discreto numero di malarici presenta dopo aver curato la malaria con il chinino per un tempo più o meno lungo.

Uno dei disturbi abbastanza comuni e gravi, in certe regioni specialmente, è l'emoglobinuria.

Le intolleranze per la chinina, da molto tempo hanno spinto alla ricerca dei *succedanei*. Si sono cercati nei vari campi della *materia medica*, senza trovarne di veramente efficaci. In quest'ultimi anni il caro prezzo della chinina e la sua scarsezza sul mercato hanno sollevato il problema: quale valore abbiano contro la malaria alcuni altri alcaloidi della chinina; io ho da parecchi anni dimostrata l'importanza della cinconina e la uso abitualmente in clinica, trovandola quasi utile quanto la chinina. Devo tuttavia riconoscere che nella terzana maligna, è meno efficace: deve essere data in dosi più alte e per qualche giorno di più che non la chinina. Ho riconosciuto efficacia un po' diversa secondo la fabbrica da cui era offerta, pur essendomi accertato ad ogni volta della purezza chimica.

L'esperienza recente di molti malariologi ha provato il potere della chinidina; io posso confermarlo a pieno. Mi servo da troppo poco tempo di quest'alcaloide per dare un giudizio su i possibili (da me finora non incontrati) disturbi cardiaci.

Per minore efficacia o per eventuali disturbi nessuno degli alcaloidi della china merita la preferenza sulla chinina.

Ho sperimentato anche dei miscugli dei vari alcaloidi e specialmente di chinina, cinconina e chinidina, che sono stati rimessi in uso col nome di chineti. Ho trovato efficaci e, almeno finora, privi di inconvenienti un chineto italiano e un chineto olandese.

Io ho osservato che la cinconina può sostituire senza inconvenienti la chinina nei singoli individui in cui la chinina provoca fenomeni di intolleranza. Può darsi che una simile virtù abbiano anche gli altri alcaloidi.

Negli ultimi anni è stata riconosciuta la benefica azione degli arsenobenzoli sulla terzana benigna, specialmente per ritardare il ritorno delle

recidive; ma nella terzana maligna e nella quartana (anche per mia personale esperienza) essa non si verifica. In quest'anno è venuto in uso lo stovarsol, del quale io stesso ho constatato effetti buoni nella terzana benigna e talvolta nella terzana maligna. L'uso è troppo recente perchè si possa concludere, dati anche i non rari inconvenienti e la difficoltà di propinarlo utilmente, sulle preferenze che esso merita nella pratica.

Come ognuno vede, la cura specifica contro la malaria è venuta bene determinandosi in tutte le modalità d'uso per raggiungere la guarigione, e s'è venuta negli ultimi anni arricchendo di nuovi rimedi che possono, in singoli casi e per scopi determinati, essere di valido aiuto alla chinina. La chinina rimane però sempre la regina dei farmachi specifici contro la malaria.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Una «Lisfranc» cinematizzata con motore ad ansa secondo la tecnica del Minervini.

(Contributo clinico).

Dott. SILVESTRO BILE, chirurgo.
Assistente ordinario nella R. Università di Napoli.

La Lisfranc, la Chopart, la Pirogoff, ecc., in vigore nel secolo scorso, non erano, fino a poco tempo addietro, che esercizi di anfiteatro, banditi completamente, o quasi, dalla odierna pratica chirurgica, per i risultati poco soddisfacenti che se ne ricavavano.

Numerosi chirurgi, per il passato, hanno praticato continuamente simili operazioni e molti di essi si sono cimentati per perfezionarle, apportando loro svariate modifiche per eliminare alcuni spiacevoli inconvenienti che ne derivavano.

Ma, con tutto ciò, i risultati non erano affatto brillanti, specie per la Chopart, ove lo scheletro della gamba poggiava soltanto su di una stretta superficie data dallo astragalo e dal calcagno con consecutivo spostamento del centro di gravità e necessaria claudicazione.

Anche per la Pirogoff, genialmente ideata e messa in pratica dal grande chirurgo russo, i risultati non erano punto soddisfacenti, per l'accorciamento sensibile che ne risultava e per l'atteggiamento a claudicare a cui il paziente andava costantemente incontro, anche se l'accorciamento veniva corretto con rialzo del tacco.

La rigidità assoluta della gamba sul corto moncone ne era la origine irrimediabile. Se come giustamente fa osservare il Minervini, si cercasse di abolire tale svantaggioso inconveniente, gli interventi conservativi su esposti dovrebbero tornare di nuovo nella pratica chirurgica attuale, ricavandone tutti i vantaggi desiderabili. A tal proposito, egli, negli *Annali di Chirurgia Italiana*, espone con nitida chiarezza i risultati da lui ottenuti cinematizzando i monconi di numerosi pazienti operati per congelamento a mezzo di anse tendinee flesso-estensorie.

Avendo io avuto occasione di operare di disarticolazione tarso-metatarsica, un paziente affetto da osteo-artrite tubercolare dello estremo distale del metatarso, ho voluto attenermi alla tecnica consigliata dal Minervini, cinematizzando il moncone residuale con motore ad ansa, ottenendone un brillante risultato.

Raffaele C., di anni 18, studente, presenta all'avampiede sinistro una osteo-artrite tubercolare fistolizzata dorsalmente. Costituzione delicata e sofferente; febbre (37.5-38) serotina. Siccome è stato curato per uno spazio lungo di tempo colle iniezioni sclerotizzanti di liquido di Calot, senza nulla guadagnarci, e siccome la salute del paziente è fortemente danneggiata, propongo una cura radicale, sopprimendo chirurgicamente la causa, che dopo breve consiglio familiare viene accettata dal paziente e dai congiunti. Dato che la lesione era localizzata alla regione metatarso-falangea, mi proposi una possibile disarticolazione tarso-metatarsica con consecutiva plastica cinematica.

Operazione. — Il 4 maggio 1924, assistito dal dottor Maico, in narcosi morfo-eterea procedo all'operazione. Ricercata l'interlinea cuneiforme metatarsica e l'apofisi del V metatarso nei punti di mezzo dei margini interno ed esterno del piede, eseguo l'incisione dorsale, portandola ad un dito trasverso al di qua dell'incisione, e l'incisione plantare che giunge in avanti alla testa dei metatarsi. Con una pinza anatomica e col bisturi disseco il lembo dorsale fino all'interlinea articolare. Isolati i vari tendini dorsali (estensore dell'alluce, estensore comune delle dita, breve peroneo laterale) procedo alla loro sezione, avendo cura di affidare i loro monconi a pinze di Chaput, per facilitare il tempo della formazione del motore. Indi procedo alla dissecazione del lembo plantare, incominciando dal margine mediale del piede. Mentre l'indice della mano sinistra trae il lembo in basso, la lama di un robusto bisturi, insinuata trasversalmente, taglia con la punta rasente il primo metatarso, Similmente procedo lungo il margine laterale, facendo scorrere il tagliente sotto il V metatarso.

Per aprire la linea articolare, estendo l'avampiede, cominciando ad aprire l'articolazione del primo cuneiforme col I metatarso, manovra questa semplice e sicura. Seguendo con la punta del coltello la parte dell'interlinea già aperta, con un tratto di punta, apro portandomi ad un buon centimetro dietro l'articolazione aperta dal primo metatarso, l'interlinea articolare che separa il II metatarso dal II cuneiforme. Imprimendo all'avampiede movimenti di estensione con leggera rotazione latero-mediale, con la punta sempre del bisturi taglio il legamento dorsale cuneo-metatarsale, allontanando così il II metatarso dal III cuneiforme. Poscia, estendendo sempre l'avampiede dirigendo il coltello, secondo una linea arcuata, con

concavità rivolta prossimalmente e medialmente, apro la interlinea articolare cuneo-cuboide-metatarsale, allontanando il III metatarso dal III cuneiforme e il IV col V, dal cuboide. In tal modo tutta l'interlinea è aperta sulla faccia dorsale. Non rimane che recidere il legamento interosseo teso tra il primo cuneiforme e il II metatarso, impiegando la manovra del colpo da maestro, indicata dallo stesso Lisfranc. Comincio col fendere con un tratto di bisturi le parti molli del I spazio interosseo, quindi introducendo il pollice sinistro nel detto spazio, penetro con la punta del coltello orizzontalmente, badando che il tagliente sia rivolto in alto. Con manovra prudente penetro tra le basi dei due primi metatarsi. Rialzato il tagliente, impugnando a piena mano il manico, con direzione obliqua in fuori, taglio il legamento intercuneometatarsale, ottenendo subito l'abbassamento dell'avampiede. Tagliati i pochi legamenti plantari ed il tendine del lungo peroneo laterale, termino la disarticolazione, per la quale non ho impiegato che pochissimo tempo. Nel lembo plantare rintraccio i tendini del lungo flessore dell'alluce e il fascio del flessore comune delle dita che vengono affidati a pinze di Chaput.

Infine per formare il motore riunisco fra loro con punti di sutura i tendini dorsali e plantari in modo da formare due anse che circondano strettamente il moncone residuale. Il flessore lungo dell'alluce venne suturato all'estensore del medesimo dito, e i due tendini più laterali dell'estensore comune, col fascio del flessore delle dita.

Sul tendine più laterale dell'estensore comune suturai anche il tendine del breve peroneo laterale per correggere maggiormente l'antagonismo esercitato dai due tibiali rimasti liberi dal taglio, l'anteriore fissato al I cuneiforme, il posteriore allo scafoide. Termino l'intervento allacciando la pedidia e le due plantari e suturando tra loro i lembi accuratamente con pochi punti di sutura intercalati con grappe di Michel.

Guarigione per prima al 12° giorno. Al 22° cominciò a dare i primi passi col moncone fasciato e calzato in una larga pantofola di panno. Dopo pochi giorni fu calzata una comune scarpa, imbottita di ovatta all'estremo anteriore, e il cammino divenne giorno per giorno sempre più spedito senza punto claudicare. Fu fatta in seguito costruire una scarpa ortopedica in cui l'avampiede era sostituito da un pezzo di sughero esattamente modellato, e l'ammalato potè camminare senza alcuna difficoltà nè dolore, senza presentare alcuna rigidità del moncone.

Ho rivisto un mese fa l'operato, e cioè dopo quasi 8 mesi dall'intervento, il cammino è svelto niente inceppato, non v'è ipotrofia muscolare nè aderenza della cicatrice. Spostandosi questa liberamente coi movimenti muscolari.

Da quel ch'è stato succintamente esposto, risulta chiaro come l'intervento scelto, secondo il concetto del Minervini, ha corrisposto utilmente ai fini propostimi, evitando al paziente tutti gli inconvenienti che quasi sempre si sono verificati dopo una Lisfranc comune.

Si sa infatti che tale operazione secondo si praticava prima, presentava disturbi inerenti alla funzione deambulatrice, la quale col progredire del tempo si rendeva sempre più inceppata e molesta. In tali operati, infatti, l'andatura non è mai spedita, e la statica del corpo non è perfetta nè libera. Questo, perchè il moncone, che pur rimane per un dato tempo libero da equinismo per la presenza del tibiale anteriore, in seguito, per l'azione più potente del tendine di Achille, diventa gradatamente equino, e per l'abolita funzione dei peronei recisi, si atteggia gradatamente al varismo dovuto all'azione antagonista dei due tibiali. Ne succede che data la fissità della cicatrice allo scheletro sottostante cuneiforme cuboideo e l'atteggiamento varo-equino del moncone, facilmente si verificano delle dolorose ulcerazioni dovute a continuo fregamento del lato esterno di esso, anche se venga usata adatta calzatura ortopedica. Ad ovviare a tutti gli inconvenienti su esposti, tra i quali principalmente rigidità del moncone, il Minervini suggerisce il precetto di non abbandonare alla loro atrofia i muscoli sezionati, ma di riunire i loro tendini flesso-estensori, sotto forma di due anse abbraccianti strettamente il moncone residuale, in modo che la loro azione venga ad esplicarsi su esso, imprimendogli i loro movimenti ed evitando in tal modo l'aderenza della cicatrice allo scheletro sottostante, scorrendo questa sul moncone coi movimenti muscolari.

È la Lisfranc, tra le altre operazioni conservative, quale la Chopart, la Pirogoff originale, o le modifiche di essa, fatte dallo Schede, dal La Fort e dal Pasquier, senza dubbio la più completa e la più rispondente agli scopi della deambulazione e quando la si può praticare secondo le teorie del Vanghetti, i risultati saranno al di sopra dell'aspettativa, come nel caso da me riferito, che va aggiunto come modesto contributo alle belle e non poche operazioni praticate dal prof. Minervini, geniale operatore che mi fu maestro nello studio della patologia chirurgica.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO.

Intervento chirurgico sul simpatico per angina pectoris.

Prof. GINO PIERI, chirurgo primario.

Gli interventi chirurgici finora praticati nella cura dell'angina pectoris sono essenzialmente:

1) La resezione totale del simpatico cervicale (unilaterale o bilaterale) proposta da Franck (1899) ed eseguita per la prima volta da Jonnesco (1916); altri eseguirono invece resezioni parziali (di solito del solo ganglio superiore o del solo ganglio inferiore);

2) La resezione del nervo depressore, proposta da Eppinger ed eseguita da Hofer (1923);

3) La sezione dei nervi spinali, proposta da Danielopolu ed eseguita parzialmente in un caso da Hristides (1923); su questa non torneremo essendo stata abbandonata, e giustamente, dallo stesso ideatore.

La resezione totale del simpatico ha dato la cessazione degli attacchi dolorosi in quasi tutti i casi in cui fu praticata; la resezione parziale diede dei miglioramenti più o meno spiccati.

Essa è passibile di gravi obbiezioni dal punto di vista fisiologico, in quanto abolisce, oltre le fibre sensitive centripete del sistema cardioaortico, anche i centri ganglionari (la cui funzione, a noi del tutto ignota, non deve essere di lieve importanza), e le fibre centrifughe: i filetti acceleratori cardiaci, i vasomotori coronari, i vasocostrittori polmonari, i vasomotori della testa del collo e dell'arto superiore corrispondente, i nervi sudorali e pilomotori dello stesso territorio, i nervi dell'iride e del muscolo di Müller.

Se esaminiamo le storie dei casi di resezione totale del simpatico per a. p. pubblicate fino a tutto il 1924, troviamo in realtà dei dati che fanno sorgere gravi dubbi sulla azione dannosa delle vaste resezioni del simpatico cervicale sul cuore e sui vasi. Su 5 operati di Jonnesco due morirono al 4° giorno dall'operazione per edema polmonare (da insufficienza acuta del cuore sinistro) e un terzo ebbe un attacco di edema polmonare dopo pochi mesi. Così uno dei tre operati di Hofer morì per edema polmonare acuto. Un operato di Smith e Mac Clure dopo un breve miglioramento morì in piena asistolia. Un operato di Lewit dopo alcuni mesi presentò grave e permamanente scompenso cardiaco. Uno dei due operati di Reid e Friedländer morì dopo due settimane dalla operazione per trombosi delle arterie coronarie. Il malato operato da Borchard morì dopo 19 giorni per encefalomalacia da trombosi dell'arteria silviana, e il chirurgo ritiene che la causa della morte possa essere messa in rapporto con l'operazione... Forse tale serie di insuccessi della simpatectomia si prolungherebbe ulteriormente se di tutti gli operati fossero stati riferiti i risultati lontani (in alcuni casi la pubblicazione data da poche settimane o mesi dall'operazione).

La resezione del nervo depressore diede ad Hofer su 9 casi 6 guarigioni e 3 miglioramenti. Il nervo depressore, descritto da Ludwig e Cyon nel 1866, si stacca dal laringeo superiore e discende verso il vago, e contiene fibre centripete sensitive. L'obiezione pregiudiziale che si può fare alla resezione del depressore è la incostanza e la variabilità anatomica del nervo: Hofer su 16 casi operati lo trovò solo in 10, e tutti coloro che hanno studiato recentemente l'anatomia del depressore (Bernhard e Kreidmann, Finkelstein, Lewit) concordano in questa constatazione. Vi è perfino incertezza se esso provenga dal cuore e dall'aorta (Cyon) o solo dall'aorta (Köster e Tschermak).

A me sembra che l'operazione più razionale ed efficace nella cura dell'a. p. debba esser ritenuta quella che, sezionando nella misura necessaria e sufficiente le vie sensitive, non tocchi o tocchi al minimo le fibre motrici e non danneggi i centri del simpatico.

Le fibre sensitive del sistema cardioaortico, secondo le nostre attuali ed imperfette conoscenze, sembra passino in massima parte nel ganglio cervicale inferiore del simpatico (fuso spesso col 1° toracico nel ganglio stellato), in parte anche nel nervo depressore. Dal ganglio cervicale inferiore i filetti sensitivi giungono al sistema nervoso centrale almeno per due vie: una parte risale lungo il cordone del simpatico fino al ganglio cervicale superiore, e da questo passa nelle anastomosi ai nervi cranici (ciò che spiega l'irradiazione del dolore, nell'a. p., al collo e al capo), una parte fuoriesce dal ganglio stellato col fascio nervoso denominato nervo vertebrale, che si dirige verso il canale vertebrale, e penetrato nel rachide termina in anastomosi coi nervi spinali (e per questa via si spiegano le irradiazioni dolorose all'arto superiore di sinistra).

Un intervento diretto alla soppressione del dolore negli attacchi di a. p., proponendosi di interrompere le fibre sensitive cardiopatiche, dovrebbe dunque sezionare: il nervo vertebrale, il cordone del simpatico cervicale, il nervo depressore.

Già Danielopolu aveva proposto di sezionare il cordone del simpatico subito al disopra del ganglio stellato, e il nervo vertebrale; in seguito, pur senza avere sperimentato tale intervento, ha consigliato invece di sezionare il cordone del simpatico, di resecare tutto il simpatico al disopra del ganglio stellato.

Essendomi proposto di approfondire il problema secondo le suesposte idee direttive, nel primo caso in cui ho avuto occasione di intervenire, io ho così fissato il programma operatorio: 1° resecare il nervo vertebrale e (nel dubbio della presenza di fibre accessorie) tutti gli altri filetti che, uscendo dal ganglio stellato, si dirigono lateralmente verso il rachide; 2° sezionare il cordone del simpatico subito al disotto del ganglio cervicale superiore (invece che al disopra del ganglio stellato, per interrompere anche gli eventuali filetti sensitivi che potessero giungere attra-

verso i rami cardiaci medi); 3º trascurare deliberatamente il nervo depressore.

Con questo tipo di operazione vengono certamente sezionate alcune fibre non sensitive, e precisamente: nel cordone del simpatico le fibre per l'iride e il muscolo di Müller, per le ghiandole salivari e una parte dei filetti vasomotori per le carotidi; col nervo vertebrale si taglia forse il gruppo superiore (il meno importante) dei nervi cardioacceleratori (diciamo forse, perchè le più recenti ricerche di Danielopolu escluderebbero che attraverso il nervo vertebrale decorrano fibre cardioacceleratrici). Comunque, la lesione delle fibre non sensitive e i centri del simpatico sarebbe in tale operazione ridotta al minimo.

Riferisco la storia clinica del malato in cui fu eseguito l'intervento operatorio secondo tali direttive.

D. B. Sebastiano, di anni 60, muratore.

Dall'età di 30 anni ai 50 anni ha sofferto a intermittenza di dolori articolari, con febbre, che lo costringevano per settimane o mesi al riposo più assoluto, e furono curati con preparati salicilici e fanghi termali.

Non è forte bevitore; è stato forte fumatore, ma ha sospeso il fumare all'insorgere dei disturbi per i quali si fa ricoverare in ospedale.

Nell'agosto 1924, mentre accudiva al suo lavoro, fu colpito improvvisamente da un violento dolore cardiaco irradiantesi all'arto superiore di sinistra e durato circa 20 minuti. Da allora in poi tale dolore si ripresentò tutte le volte che il malato compiva sforzi fisici anche leggieri, e in breve anche il cammino in salita divenne penoso per l'insorgenza frequente degli attacchi che costringono ogni tanto il malato a fermarsi finchè non è dileguato il dolore.

Per curare questi disturbi ha fatto svariate cure (tintura di iodio e ioduro di potassio *per os*, iniezioni di biioduro di mercurio, siero Casali, ecc.), con scarsi risultati: solo in seguito alle iniezioni di biioduro sembra abbia risentito qualche giovamento, nel senso che gli attacchi dolorosi quando fa tale cura divengono meno violenti.

Questi attacchi sono caratterizzati da un dolore molto acuto che il malato avverte nella regione precordiale e che si irradia alla metà sinistra del collo e del capo (più intenso nella parte posteriore del capo) e all'arto superiore sinistro (più intenso all'altezza della spalla).

Tale dolore costringe il malato a interrompere lo sforzo che sta compiendo (o il cammino), altrimenti egli ritiene che per il protrarsi della acutezza del dolore cadrebbe a terra; l'attacco di dolore dura circa 10 minuti, dopo di che residua un indolenzimento del braccio sinistro che dura circa un quarto d'ora. Non si è mai verificata perdita di coscienza.

Negli ultimi mesi il dolore insorge anche la sera quando va a letto e il malato sta per prender sonno, e talora desta anche il malato durante la notte. Nel giorno, perchè l'attacco si presenti, basta che il malato eserciti un lieve sforzo, o che compia qualche atto (p. es., il camminare, il vestirsi o lo spogliarsi, ecc.), un poco in fretta.

È un uomo molto robusto, pletorico: corporatura tozza, collo corto e largo. Discreto grado di enfisema polmonare (il torace è dilatato, rigido, e il respiro è a tipo spiccatamente addominale). Il cuore e il fascio vascolare retrosternale all'esame clinico e radioscopico appaiono uniformemente ampliati nei loro diametri; alla punta e alla base si ascoltano il primo tono vibrato, accompagnato da un soffio sistolico, e il secondo tono sdoppiato; l'azione cardiaca è un poco aritmica. Polso 84, pieno, teso, con qualche irregolarità. Nulla di anormale all'esame dell'orina.

L'esame del sangue per la reazione di Wassermann riesce negativo.

Il giorno 30 maggio u. s. operai il malato in narcosi eterea preceduta da una iniezione di Mass Zambeletti.

Incisione lungo il margine posteriore dello sternocleidomastoideo di sinistra nella sua metà inferiore, attraversando la pelle e l'aponeurosi superficiale. Poichè le manovre nella profondità del collo data la tozza conformazione di questo riescono difficili, si innesta alla estremità inferiore della incisione obliqua una incisione trasversale che si dirige medialmente per arrestarsi alla linea mediana; lungo questa incisione trasversale si taglia anche il sottostante muscolo sternocleidomastoideo. È allora possibile una visione sufficientemente estesa della profondità del collo.

Si seziona il ventre dell'omoplataioideo, si scopre il simpatico all'altezza del ganglio cervicale medio, che è voluminoso e con rami cardiaci (mediali) ben sviluppati. Per seguire in basso il cordone del simpatico si sezionano i vasi tiroidei inferiori. Si constata che il ganglio cervicale inferiore e il primo toracico sono fusi in un unico ganglio discoidale del diametro di un centimetro. Per avere una migliore visione dello spazio interposto fra ganglio stellato e canale vertebrale si sezionano fra due legature i vasi vertebrali, e controllata la presenza di un ramo nervoso abbastanza voluminoso che si dirige dal ganglio verso il canale vertebrale per penetrare in esso, si seziona; nel dubbio dell'esistenza di filetti vertebrali accessori si sezionano anche gli altri filetti nervosi di minore volume che partono dal ganglio stellato dirigendosi all'esterno, in modo da potere mobilizzare e spostare liberamente il ganglio verso la linea mediana.

Quindi si seziona trasversalmente il cordone del simpatico immediatamente al disopra del ganglio cervicale medio.

Sutura a punti staccati dello sternocleidomastoideo reciso, quindi dell'omoplataioideo e dell'aponeurosi superficiale. Sutura della pelle; un drenaggio presso l'angolo inferiore dell'incisione.

Decorso post-operatorio normale: al terzo giorno si rimuove il drenaggio, al settimo i punti.

Il malato uscì dall'ospedale il 16 giugno.

Attualmente, a oltre due mesi dall'operazione, le condizioni sono le seguenti:

Il malato si afferma notevolmente migliorato in seguito alla operazione. Al violentissimo dolore cardiaco con irradiazioni al capo e all'arto superiore di sinistra che insorgeva frequentemente e anche spontaneamente, è succeduto un senso di pressione e costrizione dolorosa retrosternale che si presenta solo durante gli sforzi, e non dà irradiazioni al capo e al braccio sinistro.

All'esame obbiettivo si osserva: Impiccolimento

del rima palpebrale di sinistra; il diametro della pupilla sinistra è un poco minore di quello della destra. La metà sinistra del capo ha un colorito più spiccatamente roseo e la temperatura al tatto appare un poco più elevata che a destra. Condizioni del cuore e del polso invariate.

Il risultato ottenuto dunque coll'intervento da me eseguito, e che ha quasi il carattere e il valore di una esperienza di fisiologia, è il seguente:

1) Abolizione, durante le crisi anginose, del dolore irradiantesi all'arto superiore sinistro (in rapporto alla sezione del nervo vertebrale e dei filetti accessori);

2) Abolizione del dolore irradiantesi al capo e al collo (in rapporto alla sezione del cordone del simpatico fra ganglio cervicale superiore e medio);

3) Influenza meno evidente sul dolore retrosternale (diminuito di intensità ma non abolito), e ciò forse in rapporto alla persistente integrità del depressore (o forse anche per la presenza di anastomosi a noi ancora ignote delle vie sensitive cardioaortiche).

La resezione del depressore, che sembrerebbe il logico necessario completamento dell'intervento presenta, come ho accennato, difficoltà di indole sopratutto anatomica, per la incostanza e variabilità del nervo; nelle ricerche da me eseguite in oltre venti cadaveri, solo circa in un terzo dei casi ho potuto trovare il nervo nella topografia e struttura riferita nei classici testi di anatomia. Ma poichè è inconcepibile una incostante presenza di un nervo a funzione così importante, è da supporre che ove esso manchi nella sua tipica configurazione debba essere sostituito da altri filetti nervosi con diversa provenienza e decorso, ma sempre di probabile origine vagale. Ulteriori ricerche sul cadavere con controllo *in vivo* appaiono indispensabili per chiarire e risolvere definitivamente questo importante problema di anatomia chirurgica.

Le suesposte nuove direttive sulla cura chirurgica dell'angina pectoris, mi sembrano giustificate dallo stato attuale delle nostre cognizioni; è possibile, anzi probabile, che in seguito a una più esatta conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del sistema nervoso cardioaortico le idee in proposito debbano subire modificazioni, e possano essere formulati altri piani di intervento chirurgico anche più razionali e soddisfacenti. Nè è da escludersi che ulteriori studi clinici e anatomo-patologici sull'a. p., illuminandoci maggiormente sul suo meccanismo patogenetico, ancora così oscuro e controverso, permettano di distinguere delle varietà della sindrome in rapporto alle quali debba essere modificato anche, a seconda dei casi, il tipo dell'intervento.

È superfluo forse io aggiunga, a conclusione di questa breve nota, che la terapia chirurgica dell'a. p. appare giustificabile dal punto di vista essenzialmente palliativo: essa può valere esclusivamente sul sintoma più tormentoso e pericoloso, il dolore, non potendo influire nè sulle alterazioni così spesso presenti a carico del cuore e dell'aorta, nè sui sintomi concomitanti dell'attacco anginoso (oppressione, palpitazioni, ecc.), i quali anzi è bene non scompaiano, affinchè i malati, messi in avviso da questi segni premonitori, non abusino della resistenza del loro miocardio.

Ciò sia detto come sommaria risposta alle obbiezioni pregiudiziali che contro l'intervento chirurgico nell'a. p. hanno formulato anche medici di grande autorità (Mackenzie e altri).

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA SCHELETRICO.

Il reumatismo vertebrale.

(A. LÉRI, *Le Bulletin médical*, 1925, n. 28).

I progressi della radiografia e la guerra hanno fatto approfondire le nostre conoscenze sulle forme reumatiche della colonna vertebrale, finora poco studiate e ritenute molto rare.

In effetti la storia clinica dei reumatismi vertebrali s'è iniziata di recente quantunque le lesioni anatomiche relative fossero note da parecchio. Se ne sono trovati segni indiscutibili negli scheletri preistorici trovati in sepolture neolitiche ed in scheletri egiziani della III dinastia rimontanti a più di 8000 anni fa.

Le lesioni reumatiche della colonna vertebrale sono di due specie: neoformazioni ossee o osteofiti ed osteoporosi.

Le neoformazioni ossee o osteofiti sono disposte a corona intorno alla faccia superiore ed inferiore dei corpi vertebrali, di cui talvolta giungono a raddoppiare la superficie; spesso si congiungono a ponte con osteofiti analoghi provenienti dalla vertebra vicina. Possono formare nodosità irregolari a livello delle apofisi articolari e possono anche restringere i fori di coniugazione.

D'altra parte il tessuto osseo diventa poroso, fragile; si ha un processo d'osteoporosi, per modo che le ossa perdono in certi punti quel che guadagnano in altri. Le ossa colpite da questo processo subiscono considerevoli alterazioni al minimo trauma.

Le lesioni reumatiche croniche delle vertebre, come di altre ossa, sono essenzialmente irregolari, asistematiche.

Si possono avere forme generalizzate e forme locali.

La forma generalizzata è quasi sempre accompagnata da reumatismo degli arti nelle due forme comuni di poliartrite deformante o di reumatismo parziale. Si hanno notevoli deformazioni. La colonna vertebrale è incurvata in vario modo, in avanti o lateralmente, in toto o in singole sezioni. Non presenta però la deviazione angolare che si ha nel morbo di Pott. Il rachide è spesso, ma non sempre, più o meno immobilizzato. In certi casi è diritto, verticale e rigido, simile al rachide a sbarra di ferro.

I dolori sono di due specie: possono essere localizzati al rachide in punti diversi e con intensità varia, oppure possono irradiarsi ad assumere forma di pseudo nevralgie lungo gli arti ed il tronco. Queste ultime manifestazioni dolorose sembrano dovute a compressione delle radici da parte degli osteofiti che occupano i fori di coniugazione.

Talora infine si hanno fatti spastici degli arti inferiori dovuti a proliferazioni ossee nell'interno del canale vertebrale.

Alla radiografia si constatano formazioni osteofitiche ad uncino che dalla vertebra inferiore risalgono verso la superiore o viceversa, e che si dispongono fra loro a becco di pappagallo e talvolta saldate in modo da formare un ponte che riunisce le vertebre.

L'aumento di superficie delle faccie superiori ed inferiori delle vertebre e il relativo assottigliamento della parte media dà spesso al corpo vertebrale una forma speciale *a diabolo* in analogia con la forma del classico giuoco.

Per il processo d'osteoporosi queste vertebre sono particolarmente trasparenti e picchettate di macchie chiare che danno loro l'aspetto di un nido di vespa.

In rapporto alla varietà delle lesioni anatomiche, i sintomi sono differentissimi; clinicamente ed anatomicamente il reumatismo vertebrale è come le altre varietà topografiche del reumatismo, l'affezione asistematica per eccellenza.

Nel 1898 Pierre Marie descrisse con il nome di spondilosi rizomelica una sindrome speciale caratterizzata da anchilosi del rachide e delle articolazioni delle radici degli arti. Consta di due periodi: uno inferiore, sacro-coccigeo e coxo-femorale, ed uno superiore, cervicale e scapolo-omerale.

A livello di ciascuna regione si hanno due fasi più o meno distinte: dolore e poi anchilosi. Il dolore di solito cessa quando l'anchilosi è definitiva.

Quando il processo è terminato il rachide è quasi del tutto rigido; il malato può compiere solo qualche movimento di rotazione del capo.

L'atteggiamento del corpo varia a seconda che le anche si anchilosano in flessione o in estensione più o meno completa. Il torace è sempre appiattito.

I dolori sono esclusivamente rachidei; non s'irradiano come quelli del reumatismo vertebrale comune; non hanno carattere nevralgico.

La spondilosi rizomelica è dovuta ad un'infezione: blenorragica o tubercolare.

La lesione anatomica della spondilosi consiste in ossificazione dei legamenti, in una menisco-legamentite ossificante, e si differenzia dalle lesioni del reumatismo cronico.

L'ossificazione è secondaria; la lesione primitiva è un'osteoporosi. Le apofisi spinose possono sgretolarsi fra le dita. L'ossificazione dei legamenti avviene in conformità della nota legge di patologia generale: i legamenti continuamente stirati si ossificano.

La spondilosi rizomelica adunque è primitivamente infettiva a tendenza rarefacente, secondariamente un'anchilosi da ossificazione legamentosa per così dire compensatrice e fino ad un certo punto curativa.

Il reumatismo vertebrale cronico invece è caratterizzato da neoformazioni osteofitiche disseminate ed irregolari.

Oltre il reumatismo vertebrale generalizzato esistono forme localizzate, la cui frequenza è stata messa in evidenza dalla radiodiagnostica.

La più comune è la forma lombare ed è designata con il nome di lombartria. Colpisce per lo più soggetti tra i 20 ed i 40 anni. Comunemente viene diagnosticata come lombaggine o sciatica. In effetti il sintoma più imponente è il dolore localizzato ai lombi e talvolta diffuso agli arti inferiori.

L'atteggiamento dei malati è vario: il tronco è più o meno incurvato o flesso sulle anche, il dorso è piatto con scomparsa della lordosi lombare normale.

Il fatto più notevole è l'appiattimento della regione lombare con risalto delle apofisi spinose.

La lombartria può essere scambiata con la lombaggine o con la sciatica.

In effetti la lombaggine non è che la sindrome dolorosa della regione lombare; la lombartria ne è una delle varietà. Si distingue dalle lombaggini d'origine muscolare o nervosa perchè si possono constatare lesioni ossee all'esame radiologico e talora anche al solo esame clinico.

La sciatica è una complicazione banale della lombartria: in effetti tutti i sofferenti di sciatica sanno che quasi sempre i dolori s'iniziano ai lombi. Se si palpa il rachide degli sciatici si constatano quasi sempre punti dolorosi in corrispondenza delle apofisi trasverse della V lombare o dei canali sacrali posteriori. D'altra parte nel corso della sciatica non è interessato soltanto il plesso sacrale. I dolori non di rado si diffondono nel territorio del femoro-cutaneo o del crurale; ed i punti dolorosi, spontaneamente o alla pressione, sono diversi dai classici punti dal Valleix, per modo che i pazienti sono spesso scambiati per neurotici o per simulatori. In alcuni casi si ha atrofia sia degli adduttori che del quadricipite, ed anche diminuzione o abolizione del riflesso patellare. Insomma vi sono sciatiche nelle quali esistono sintomi non dubbi di compartecipazione del plesso lombare. Queste forme danno ragione dell'origine rachidea, lombartrica, di moltissime forme di sciatica.

Il reumatismo cronico della regione dorsale è di più difficile diagnosi radiologica, mentre più facile è il riconoscimento delle localizzazioni cervicali.

Clinicamente le forme cervicali assumono vari aspetti: talvolta si ha dolore, ipoestesia, areflessia nel territorio di determinate radici corrispondenti esattamente ai punti rachidei nei quali la radiografia rivela lesioni ossee. Talvolta si hanno paralisi radicolari del plesso brachiale a tipo superiore ed inferiore. In altri casi si ha paralisi leggera e limitata con amiotrofia pronunziata e diffusa prevalentemente su i singoli territori dei grossi tronchi nervosi (radiale, cubitale, ecc.).

Altre volte il reumatismo vertebrale con localizzazione cervicale dà il torcicollo, doloroso o non, ed anche il torcicollo detto mentale, nel quale si hanno contrazioni dello sterno-mastoideo, del trapezio, dei sopra- e sottoioidei ed anche dei muscoli degli arti superiori ed inferiori a mo' di tic.

La cura del reumatismo vertebrale consiste essenzialmente nella diatermia e nella radioterapia (radium o meglio thorium X).

DR.

Il rachitismo.

(MARFAN. *Presse médicale*, gennaio 1925).

L'A., dopo aver accennato ai recenti lavori di autori americani, riassume la sua concezione sul rachitismo che per 20 anni è stato oggetto di studio suo particolare.

Essa si basa su tre punti capitali: anatomico, clinico e etiologico.

Dal punto di vista anatomico l'A. divide le alterazioni patologiche del rachitismo in due fasi. *Una fase iniziale* di condro-mielite caratterizzata anatomo-patologicamente da una iperemia e dilatazione vasale della zona di proliferazione ossea, da una notevole proliferazione del midollo osseo dovuta in massima ai mielociti neutrofili e alle emazie nucleate; (i mielociti neutrofili presentano segni di sofferenza, notandosi in essi elementi con nucleo poco colorabile, a volte vescicoloso, a volte picnotico) da una proliferazione notevole della cartilagine seriale che invade tessuto osseo già in formazione; e da una lieve decalcificazione delle lamelle ossee già formate.

Una fase di stato di condro-mielite fibrosa caratterizzata dalla sostituzione del midollo osseo da tessuto fibroide disseminato di cellule stellate e cellule fusiformi, che invade anche il tessuto osseo già formato, alcuni canali di Havers, e che si riscontra anche nella zona di proliferazione sotto-periostea; dalla persistenza della proliferazione della cartilagine seriale; dalla non calcificazione del tessuto osseo in formazione che è formato da sostanza amorfa che racchiude degli osteoblasti piccoli e con prolungamenti poco visibili, sostanza che viene chiamata tessuto osteoide o preossoso. Detto tessuto osteoide limita delle zone di midollo fibroso. È questo caratteristico del rachitismo, e l'A. propone di chiamarlo *tessuto* rachitico.

A questa sua concezione anatomo-patologica è stato da alcuni obbiettato che le alterazioni della fase iniziale del rachitismo descritte sono comuni e presenti in tutte le infezioni e intossicazioni a lungo decorso, e quindi facilmente riscontrabili in rachitici che muoiono di malattie infettive intercorrenti.

L'A. ammette questo, ma rileva che tutte le volte che si riscontrano in bambini al disotto di un anno, sono sempre associate ad un certo grado di proliferazione della zona cartilaginea e di decalcificazione delle trabecole ossee vicine, lesioni queste proprie del rachitismo iniziale. Anzi è questa constatazione che ha indotto l'A. a ritenere il rachitismo come conseguenza di infezioni e intossicazioni varie a lungo decorso.

Dal punto di vista clinico rileva come giammai il rachitismo si manifesta con alterazioni ossee sole; accanto a queste si notano quasi costantemente *un ingorgo di tutti gli organi linfatici e spesso anche della milza;* tanto che l'A. basandosi sul reperto clinico e sulle somiglianze anatomiche e anatomo-patologiche del tessuto midollare e linfatico dei rachitici propone di chiamare il rachitismo « osteo-linfatismo dell'infanzia ».

Un discreto grado di anemia a carattere secondario, una notevole ipotonia muscolare dovuta ad una speciale alterazione della fibra muscolare

(miopatia rachitica di Bing e Baun) a cui è dovuto in massima il ritardo del cammino ed il ventre di batrace.

Dal punto di vista etiologico l'A. mette in evidenza come costantemente le alterazioni rachitiche coesistano a malattie infettive croniche e a stati di intossicazioni croniche.

Prima tra le malattie è la sifilide che dà il rachitismo più grave, perchè colpisce l'organismo nei primi mesi della vita extrauterina nel periodo in cui l'ossificazione è più attiva (dà con grande frequenza craniotabe e splenomegalia).

In seguito la tubercolosi, specie sotto forma di scrofolosi, che colpisce specialmente i bambini tra il 1° ed il 2° anno di età.

La bronco-polmonite prolungata e a ricadute; le intossicazioni alimentari, specie da allattamento artificiale.

La gravità del rachitismo è in rapporto, in genere, al periodo di accrescimento delle ossa. Più grave è la forma che colpisce i bambini nei primi 3 mesi di vita con partecipazione costante delle alterazioni craniche; meno grave le forme ad età più avanzata.

L'A. concludendo, dopo la suddetta esposizione di fatti, ritiene che tutte le intossicazioni ed infezioni intense o prolungate provocano, se intervengono nella fase attiva dell'ossificazione, delle notevoli alterazioni a carico delle zone fertili di accrescimento osseo che si manifestano anatomopatologicamente e clinicamente con i segni che vanno sotto il nome di alterazioni rachitiche.

È così che si spiega la compartecipazione degli organi linfatici che subiscono pure le alterazioni del midollo osseo; l'anemia. L'ipotemia muscolare, quarto elemento della sindrome del rachitismo, probabilmente è dovuta a sostanze anormali messe in circolo dal metabolismo alterato del rachitico e che agiscono sui centri nervosi che presiedono al tono muscolare.

Si ripromette in un prossimo studio di esaminare minutamente quanto è stato pubblicato negli ultimi cinque anni sull'argomento dagli autori americani.

RICCARDI.

SISTEMA NERVOSO.

Stato presente delle ricerche sulla balbuzie.

(D. GUMPERTZ. *Mediz. Klinik.*, n. 13).

Sebbene la balbuzie per la sua natura e per la sua forma clinica sia una malattia ben distinta dagli altri disturbi della loquela, pure è assai spesso confusa, specialmente col balbettare, che è la impossibilità di pronunziare alcuni suoni o riunioni di suoni (fino al così detto agrammatismus) ed il borbottare, che consiste in un affrettato tempo di parlare per cui suoni, sillabe, parole e frasi intere vengono tralasciate, ripetute o intercalate in falso posto.

La balbuzie invece consiste in un'interruzione del corso normale del linguaggio con pause o fermate su di un suono o con la ripetizione di un suono o di qualche sillaba.

Dal punto di vista sintomatologico dobbiamo riferirci ai disturbi del meccanismo respiratorio, fonetico ed articolare con fenomeni consenzienti di altre parti del corpo. La respirazione nel parlare è irregolare, l'espirazione è abbreviata, spesso si parla nella fase inspiratoria. Fra i disturbi della fonazione il più frequente ed il più caratteristico è la brusca interruzione della voce nella pronunzia delle vocali. L'articolazione può essere o iterativa (clonica) o spastica (tonica): i movimenti clonici si riferiscono ad un suono o ad una sillaba: d, d, d ovvero di, di, di. La balbuzie avviene al principio della parola o della frase; nelle pause involontarie sono intercalate delle sillabe o delle parole riempitive (embolofrasi). Un sintoma essenziale è l'angoscia del parlare con fenomeni conseguenti affettivi e morali; nello stesso individuo varia il grado della balbuzie secondo le persone con cui parla, l'ambiente, la stagione, il tempo.

Riguardo all'etiologia tutti gli autori son d'accordo nel ritenere che lo shock, le infezioni ad alta temperatura, le afasie motorie post-infettive hanno la massima importanza e che, senza eccezione, la balbuzie è poi dipendente dalla costituzione nevropatica.

Lo stato clonico della balbuzie è dovuto a diverse cause, che hanno però sempre di comune l'atassia della parola, la quale può dipendere dalla atassia associativa o dalla mancanza di attenzione o dalla discrepanza fra il poter parlare ed il poter pensare, come avviene nei bambini (atassia dissociativa Hoepfner). In questo stato clonico l'individuo può non essere un balbuziente: lo diventa solo quando acquista la coscienza del disturbo. L'uomo normale ha l'impressione della propria parola solo come manifestazione del pensiero, come suono, ma non come movimento articolare, delle cui modalità non ha alcuna conoscenza; appena il balbuziente rivolge la sua attenzione a questi movimenti, allora si affatica accentuandoli; alla balbuzie clonica poco a poco subentra il tipo tonico. Contemporaneamente si determina un'alterazione psichica: non è più il concetto ma la forma che preoccupa il balbuziente, il corso dei pensieri viene interrotto e l'attenzioneè costantemente rivolta alla sensazione del disturbo. Egli, piuttosto che seguire il discorso degli altri, pensa al suo,

al modo come poter pronunziare il suono difficile od evitarlo, preoccupato della pausa del suono, diventa incompleto o manierato nell'esprimersi o nel pensare, per cui ha l'animo travagliato e finisce con avere orrore del parlare e degli uomini e diventare un essere asociale. Il vergognoso ricordo dei passati accessi e la paura dei nuovi turbano talmente il corso normale della associazione che Hoepfner ritiene la balbuzie un'afasia associativa.

Lo sforzo della parola è di per se stesso un movimento, il quale provoca simultanei movimenti di altri gruppi muscolari: il balbuziente ha esperimentato che i movimenti giovano o per lo meno egli suppone che sia così, quindi fa prima volontariamente, poi automaticamente dei movimenti, che nei balbuzienti inveterati dominano talmente la scena che la balbuzie verbale quasi scomparisce.

Nel campo della terapia i pareri sono discordi. Gutzmann ed i suoi discepoli propongono un metodo basato sull'esercizio; la scuola psichica non accetta questo principio, ritenendo che esso fa precisamente quel che si dovrebbe evitare, facendo cioè rivolgere l'attenzione ai movimenti articolari; ed i successi ottenuti dalla scuola di Gutzmann vengono dagli avversari attribuiti alla suggestione. La scuola di Hoepfner-Fröschels-Liebmann si serve di un metodo suggestivo-pedagogico. Qualunque sia il metodo, è perfettamente lo stesso; occorre evitare lo schematismo, l'ammettere i cosidetti suoni gravi, l'intromissione di terze persone nella cura. Il medico non affidi mai la cura della balbuzie al personale di assistenza. I corsi pubblici per il loro inevitabile schematismo hanno fatto cattiva prova come anche gli Istituti con internamento. Come ogni buon pedagogo colui che cura la balbuzie deve esser perseverante e far valere la sua influenza suggestiva in modo che il paziente nel minor tempo possibile si liberi dal legame che gli rende penosa la loquela. Per i molti balbuzienti, che per ragioni particolari non possono partecipare ad un trattamento psichico individuale, riescono proficue le scuole già esistenti in diverse grandi città, che rendono possibile la capacità di parlare non solo nella scuola stessa, ma anche fuori, nella società.

DE CHIARA.

Sonno ed insonnio.

(SYMONDS. *British Medical Journal*, 9 maggio 1925).

La fisiologia del sonno è ancora incerta. Tuttavia sembra che si tratta di un fenomeno che si svolga essenzialmente nel sistema nervoso centrale e consista nella completa cessazione di ogni attività cosciente e nella diminuita capacità di reagire agli stimoli ambientali. Contemporaneamente si hanno fenomeni concomitanti in altre parti dell'organismo, che per essere più facilmente rilevabili sono stati ritenuti fattori causali del sonno.

Una teoria che ha avuta una certa voga è quella basata sulla circostanza che durante il sonno si ha abbassamento della pressione sanguigna e riduzione della frequenza del polso. Alla fine del giorno il centro vasocostrittore diventa esausto, le arteriole si dilatano, la pressione sanguigna cade, l'apporto di sangue al cervello non è più in quantità tale da consentire l'attività delle cellule corticali, sopravviene perciò il sonno. In appoggio a questa teoria è stato rilevato il fatto che al principio del sonno la corteccia cerebrale negli animali e nell'uomo si presenta pallida.

Questa teoria che fa dipendere il sonno dall'anemia cerebrale è contrastata da molti fatti. Innanzi tutto va osservato che la caduta della pressione sanguigna e della frequenza del polso durante la notte è indipendente dal sonno. D'altra parte la funzione riparatrice del sonno mal si concilia con l'anemia dei centri corticali, ossia con il diminuito apporto di elementi nutritivi ai tessuti che dovrebbero essere ricostituiti.

La temperatura del corpo presenta un ritmo giornaliero analogo a quello della pressione sanguigna. Raggiunge il suo minimo verso le 3 a. m. e questa caduta notturna persiste anche se il soggetto è sveglio e attivo. Se però si acquista l'abitudine di dormire di giorno invece che di notte, il ritmo termico dopo sei settimane circa s'inverte completamente in modo che il minimo di temperatura si ha di giorno. Ritornando all'abitudine del sonno notturno il ritmo s'inverte nuovamente.

Questa tendenza all'adattamento del ritmo dei fenomeni organici concomitanti del sonno al ritmo del sonno stesso fa pensare che i detti fenomeni dipendono da centri riflessi situati relativamente in basso nell'asse cerebro-spinale. Gli stimoli che agiscono su questi centri sono molteplici, e tra essi il sonno è il più importante. Gli altri stimoli sono la luce, la temperatura, i rumori, ecc., che possano fare agire il riflesso anche in mancanza del sonno. Si tratta di riflessi condizionali analoghi a quello per cui un cane abituato a mangiare al tintinnio d'un campanello, ha secrezione salivare non appena ode tale suono anche se non mangia.

Il sonno somiglia allo stupore o al coma prodotti da anemia cerebrale da compressione del cervello o prodotti da veleni agenti sulle cellule nervose come, ad es., nell'anemia e nel diabete.

Però il sonno fisiologico si distingue dallo stupore patologico perchè: 1) l'effetto del sonno è riparatore, mentre dallo stupore si esce con le facoltà mentali ottuse; 2) l'inizio del sonno è relativamente rapido; 3) il risveglio è un processo più rapido in confronto del processo di guarigione dello stupore; 4) vi sono individui che durante il sonno sono capaci di selezionare stimoli sensoriali o organici capaci di provocare immediatamente il risveglio.

Tutto fa ritenere che il sonno sia in dipendenza di un meccanismo riflesso, con un centro e vie afferenti ed efferenti. L'effetto di questo processo consiste nell'inibizione di ogni attività mentale cosciente e quindi dell'attività corticale. L'eccitazione del centro del sonno intercetta gli impulsi afferenti alla corteccia cerebrale, che per mancanza di stimoli diventa inattiva, entra in fase anabolica per modo che si ha riparazione del suo tessuto.

Questa concezione sulla natura del sonno spiegherebbe il rapido inizio del sonno ed il rapido risveglio e gli effetti riparatori del sonno stesso, e spiegherebbe anche le differenze tra sonno e stupore.

La rassomiglianza tra queste due condizioni è dovuta al fatto che in ambedue v'è cessazione dell'attività corticale. Ma mentre lo stupore è dovuto ad un'azione diretta (difetto d'ossigeno o veleni) sulla corteccia cerebrale e quindi v'è perdita non solo di coscienza ma anche di coscienza potenziale; nel sonno le cellule corticali sono inattive solo perchè ad esse non possono giungere gli stimoli, per modo che la coscienza potenziale è integra.

Gli stimoli che percorrono la via afferente dell'arco riflesso consistono probabilmente nello stato di esaurimento delle stesse cellule corticali, che dà un senso di stanchezza ed il desiderio di dormire. Di solito questa condizione determina una serie di azioni volontarie intese ad eliminare gli stimoli esterni ed interni, di cui la più importante è il collocamento in una posizione di riposo per modo che gli stimoli provenienti dai muscoli e dalle articolazioni sono ridotti al minimo. D'altra parte si cerca di eliminare ogni stimolo luminoso o uditivo.

Tuttavia vi sono alcuni stimoli sensoriali che sogliono eccitare le vie afferenti del riflesso del sonno come il dondolamento, le cantilene, alcune varietà di luci, ecc.

Sembra che il centro del sonno sia localizzato sulle pareti o sul pavimento del quarto ventricolo o nell'acquedotto di Silvio.

L'insonnio può essere dovuto:

a) ad affezioni che ledono direttamente il centro del sonno: se ne ha un esempio nell'encefalite letargica;

b) ad ipereccitabilità delle cellule corticali in conseguenza d'intossicazione o anemia: si riscontra nel corso di molte infezioni, negli stati iniziali dell'uremia, nel saturnismo, ecc., ed in minor grado nella compressione e nell'edema cerebrale;

c) alla presenza di stimoli inabituali che inibiscono il riflesso del sonno: la efficienza di questi stimoli dipende dalla loro intensità, dallo stato di stanchezza corticale o dall'azione di stimoli condizionali. Le più comuni cause di questo gruppo sono:

1) la posizione e lo stato di tensione dei muscoli: è impossibile dormire stando in piedi;

2) i dolori (comprese le temperature troppo calde o troppo fredde, le irritazioni cutanee);

3) le emozioni: le emozioni, e tra queste sopra tutto la paura, sono uno stimolo potente per l'attività cosciente.

Il trattamento dell'insonnio è vario e complesso. I narcotici assicurano il sonno agendo direttamente sulla corteccia cerebrale. Si tratta quindi di un sonno tossico, analogo allo stupore, e come tale non dovrebbe essere riparatore. Tuttavia bisogna tener conto che l'intossicazione delle cellule corticali prodotta dall'insonnia è peggiore di quella prodotta dai narcotici. D'altra parte conviene tener presente che piccole dosi d'ipnotici favoriscono l'inizio del sonno, che poi continua spontaneamente in modo normale. A seconda i casi si adopereranno i bromuri da soli o in combinazione con il cloralio, la paraldeide, l'oppio, il sulfonal, ecc.

Il sonno può essere propiziato con altri mezzi ed abitudini che hanno talvolta un valore affatto individuale: prendere un bagno caldo prima di andare a letto, bere una tazza di latte caldo al momento di coricarsi, leggere qualche momento a letto, tapparsi le orecchie con batuffoli di ovatta e simili.

Il sonno è favorito dalla completa immobilità e dal rilasciamento muscolare. Viceversa coloro che non possono dormire diventano irrequieti, si muovono, cambiano posizione ogni momento: ciò allontana il sonno e dovrebbe essere evitato anche se è necessario un forte sforzo di volontà.

L'insonnio dovuto ad affezioni del centro del sonno si cura più difficilmente. La corteccia è in istato d'ipereccitazione ed il riflesso inibitorio si converte in riflesso di eccitamento: la corteccia è continuamente colpita da stimoli afferenti. Di solito i farmaci e gli altri metodi soporiferi agiscono solo dopo molto tempo.

Il gruppo delle insonnie tossiche ed infettive è anche esso dovuto ad eccitazione della corteccia

cerebrale, sulla quale agiscono d'altra parte sensazioni dolorose e di malessere. È consigliabile l'oppio, e nelle forme croniche il medinal con aspirina.

Il terzo gruppo delle insonnie, ossia di quelle dovute a stimoli non abituali, richiede trattamenti particolari a seconda la causa. Si calmeranno i dolori con le cure opportune; lo stato d'irrequietezza e di tensione muscolare con i metodi già indicati.

L'insonnia emotiva richiede un trattamento complesso.

Vi sono stati emotivi coscienti e incoscienti. Un'emozione presente in veglia impedisce l'inizio del sonno. Un'emozione repressa allo stato di veglia può ostacolare il sonno spostandosi su oggetti indifferenti, oppure disturbare il sonno stesso forzando la soglia della coscienza sotto forma di sogni o di incubi.

Sono queste le forme che si avvantaggiano della psicoterapia ed in particolare della suggestione. Tuttavia anche in questi casi non si può fare a meno di ricorrere agli ipnotici.

Adunque i narcotici possono essere sempre impiegati, ma devono essere sempre accompagnati da altre pratiche terapeutiche come la psicoterapia, la formazione dell'abitudine, il rilasciamento muscolare, allo scopo di ristabilire il ritmo naturale. Dopo cinque o sei notti durante le quali il soggetto ha dormito, la dose dell'ipnotico è gradatamente ridotta, mentre si continuano le altre pratiche. Adoperando questo metodo si possono correre due pericoli: il soggetto acquista l'abitudine del narcotico, oppure non vuol rinunziare alla droga nella paura di non dormire. Si può ovviare a tali difficoltà diminuendo gradatamente all'insaputa del paziente la quantità del narcotico. A tale scopo si adoperano cachets nei quali la quantità del farmaco viene progressivamente ridotta sostituendovi del bicarbonato di soda, in modo da dare al soggetto l'illusione d'ingerire sempre la medesima dose di sostanza soporifera.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. RANELLETTI. *Le malattie da lavoro.* Un vol. in-8° di 317 pagine, con 74 figure. Spoleto, Arti Grafiche Panetto e Petrelli, 1925. Prezzo L. 45.

È estratto dal primo volume degli Atti dei Concorsi a premi per Studii inerenti alle Assicurazioni sociali, banditi nel 1922 dal Ministero dell'Economia Nazionale. (La tiratura degli Atti dei Concorsi è prossima ad essere completata).

Questa nuova pubblicazione del prof. Ranelletti ha vinto il primo premio di L. 8000, nel concorso nazionale bandito nel 1922 dal Ministero dell'Economia Nazionale, ed è stata scelta dalla Commissione aggiudicatrice con una relazione molto lusinghiera.

L'opera si compone di due parti: la prima tratta della Patologia e Clinica delle malattie da lavoro; e costituisce un trattato completo di Patologia e Clinica del lavoro.

Non meno interessante è la seconda parte del lavoro, che riguarda l'assicurazione delle malattie da lavoro; la quale va agitandosi presso tutti i paesi civili. L'A. tratta questa materia (a giudizio della stessa Commissione) « ordinatamente e con competenza, completando ogni singolo argomento col richiamo delle cognizioni storiche, e delle disposizioni legislative vigenti: l'esposizione è sobria e precisa; non si fanno discussioni prolisse e si rifugge dalla rettorica: ma l'argomento è trattato da tutti i punti di vista, e sopra ogni questione l'A. esprime la sua opinione ».

L'A. presenta inoltre un piano di proposte concrete per l'assicurazione contro le malattie professionali, per modo che il legislatore non avrebbe che tradurlo integralmente in un atto legislativo.

Fra i molti contributi personali che l'A. ha portati, così nella parte clinica che in quella assicurativa, ricordiamo, in quest'ultima, una proposta originale, che potrebbe riuscire di grande interesse per le assicurazioni sociali: la proposta cioè, che venga stabilito, oltre il solito controllo, il così detto « premio della salute »; cioè un'addizionale alla pensione vecchiaia sotto forma di una percentuale, in proporzione inversa al *quantum* l'assicurato sarà costato alla Cassa d'Assicurazione per malattie, infortuni, ecc. Dovranno inoltre essere istituite le visite mediche preventive e periodiche per tutti i lavoratori addetti alle industrie capaci di determinare malattie professionali, allo scopo di agevolare la profilassi di queste malattie.

Il libro del prof. Ranelletti è destinato a destare il più prande interesse fra medici, socio-

logi, uomini politici, industriali e lavoratori, e in genere tra quanti si interessano ai problemi sociali del lavoro e specialmente a quelli della profilassi, e dell'assicurazione delle malattie in genere e delle malattie professionali in ispecie. Buona anche la veste tipografica.

A. S.

L. WILLIAMS. *Middle Age and Old Age*. Oxford Medical publications. Prezzo scellini 10.6.

Interessante studio sulla fisio-patologia della maturità e della vecchiaia. L'A. espone la importanza della influenza della funzione endocrina sulle manifestazioni delle varie età della vita.

Osserva che il ciclo vitale normalmente si dovrebbe compiere con una perfetta armonia psicosomatica. Il disquilibrio è determinato da condizioni ambientali o dal modo di vivere, di cui l'unico responsabile è l'uomo. DR.

L. MAYET. *Barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité en matière d'accidents du travail.* Editore Poinat, Parigi. Prezzo Fr. 6.

In questo manualetto sono esposte in modo schematico le percentuali d'incapacità lavorativa determinate da postumi d'infortuni sul lavoro.

È una guida di facile compulsazione quantunque sia molto dettagliata nelle indicazioni delle varie forme d'incapacità. DR.

Pubblicazioni di propaganda igienica.

L'Istituto italiano d'igiene, previdenza ed assistenza sociale continua nella sua opera benefica di diffondere la coltura e le nozioni d'igiene.

Ecco qui un interessante opuscolo del prof. A. D'ORMEA sull'*Opera della donna per la prevenzione delle malattie mentali e nervose*, in cui l'A. illustra in forma piana e piacevole questi problemi di igiene sociale i quali, nell'ora che volge diventano sempre più assillanti.

Segnaliamo poi una serie di quadri che illustrano in modo schematico ed imaginoso con tinte dove chiare, dove fosche, la necessità dell'educazione igienica. La testa di un'anguicrinita medusa (i serpenti sono le malattie) che si ciba di uomini e che viene trapassata e gronda sangue per il colpo di spada rappresentato dalla previdenza, assistenza ed educazione igienica. Il direttissimo della salute (sempre mosso dalla assistenza, ecc.) che maciulla l'alcoolismo, la malaria, ecc. L'alfabeto della salute, una enorme anofele che si distende su tutta la nostra penisola, e così via.

Di piacevole ed utile lettura, oltre ad uno studio del prof. E. Levi su Tommaso Campanella come riformatore, eugenista e filosofo, è anche un libretto di Mahatma Gandhi, il grande agitatore indiano, maestro venerato da centinaia di milioni dei suoi connazionali. In questa sua « Guida alla salute » egli dà preziosi consigli esponendo le idee fondamentali che inspirano i moderni igienisti. Vi sono poi aggiunti alcuni saggi morali e sociali che danno una viva idea della vita di quei paesi e dimostrano la necessità di provvedere seriamente a dare condizioni più umane di vita a quei popoli. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 4 luglio 1925.

Su la « rara vulnerum medicatio » nelle osteoartriti tubercolari esposte.

Dott. L. CAFORIO. — L'O. comunica su due gravissimi casi di tubercolosi articolare fistolizzata, guariti nella maniera più soddisfacente adottando il metodo proposto dal Solieri al Congresso di Chirurgia del 1917.

Anche i casi guarirono nel periodo di 6 mesi circa adottando la *rara vulnerum medicatio* associata all'elioterapia e alla iodoterapia ipodermica.

L'O. ritiene che la guarigione debba interpretarsi col meccanismo della autovaccinoterapia: si tratta di una duplice vaccinoterapia, antipiogena e antitubercolare. L'infezione piogena, essendo meno grave e più superficiale, guarisce per prima. L'infezione tubercolare ritorna allo stato d'infezione pura, non inquinata e, sotto lo stimolo di una autovaccinazione antitubercolare continuativa, finisce col cedere anche essa.

Non si potrebbe concepire un altro metodo più semplice e più sicuro, che sia capace di guarire lesioni tubercolari avanzatissime e quasi disperate.

Su due rari casi di fibromi naso-faringei nella prima infanzia (con presentazione di pezzi).

Prof. A. DI CORE. — L'O. nel 1923 ha operato per le vie naturali un bambino di 18 mesi, di fibroma naso-faringeo; in un altro infermo di 23 mesi fu praticata nel 1923 l'asportazione per le vie naturali di un grosso fibroma naso-faringeo. Finora alcuna recidiva. In entrambi i casi la diagnosi di fibroma tipico fu confermata istologicamente nell'Istituto di patologia generale della Università di Napoli.

Prendendo lo spunto da queste due osservazioni abbastanza rare, l'O. discute sulla patogenesi e sulla terapia di queste neoformazioni del cavo naso-faringeo, ammettendo che, oltre nel sesso mascolino esclusivamente dall'epoca della pubertà al 25° anno di età, esse possono riscontrarsi anche nella prima infanzia, dovuta a fattori embriologici, ereditari, morbosi e alla presenza delle vegetazioni adenoidi.

La roentgen-terapia dei tumori dell'encefalo.

C. GUARINI. — Presenta quattro casi di tumori dell'encefalo, dei quali tre dell'ipofisi ed uno del seno cavernoso con invasione secondaria dello sfenoide.

Insiste sul concetto della utilizzazione dei piccoli e molteplici campi di irradiazione e della esatta localizzazione del fascio radiante e discute l'importanza della diagnosi clinica e le indicazioni della roentgen-terapia.

Dei quattro casi in un tumore dell'epifisi la guarigione permane da circa 4 anni, negli altri tre casi si è avuto notevole miglioramento nei sintomi. La sella turcica è ricomparsa; la regressione dei sintomi è tale da far pensare in due casi ad arresto e regressione nella evoluzione dei tumori.

La Roentgen-terapia dei linfomi tubercolari.

G. PICCININO. — L'O. esamina l'azione dei raggi X nei diversi stadi dei linfomi tubercolari.

A questi stadi che vengono comunemente considerati, l'O. ne aggiunge un quarto costituito dagli esiti dei linfomi tubercolari consecutivi alla guarigione ottenuta per altra via o spontaneamente: nodi fibrosi, cicatriziali, cheloidi ecc. Anche in questi casi la Roentgenterapia può ottenere dei buoni successi, tanto migliori quanto più recenti sono le lesioni in discorso.

Dopo aver riferito della casistica personale l'O. esamina le varie teorie per spiegare questa benefica azione dei raggi X. Egli finisce con l'ammettere un'azione sul tessuto di granulazione che forma il terreno di nutrizione del bacillo di Koch, tessuto di granulazione che viene distrutto per l'azione dei raggi Roentgen.

Le indicazioni chirurgiche e radioterapiche nel cancro dell'utero.

L. PIERGROSSI. — Allo stato attuale delle nostre conoscenze, resta sempre come caposaldo di una buona riuscita, nella cura del cancro dell'utero, una diagnosi precocissima, seguita rapidamente da un atto operativo esteso e completo e seguito da una irradiazione tanto più prolungata quanto meno il tumore era radiosensibile: e ciò sarà facilmente accertato mediante la ricerca dell'*indice cariocinetico*.

Le indicazioni possono riassumersi così:

Nelle forme gravi, inoperabili e con avanzata cachessia, anche il trattamento Röntgen è controindicato, poichè questo presenta anche esso i suoi pericoli.

Nelle forme inoperabili non ancora gravi, il trattamento Röntgen darà dei risultati oltremodo lusinghieri, in un primo tempo, e bisognerà ricorrervi sempre.

È completamente infondato il timore di una accelerazione o propagazione del processo per opera dei raggi.

Nelle forme al limite di operabilità, il radiologo ed il chirurgo dovranno decidere caso per caso.

Un caso di eresipela complicato con orticaria.

E. PAPPACENA. — L'a. di anni 18 contadina da Salerno, cameriera presso una signora di Napoli, nell'aprile corrente anno per essersi tolta una crosticina sul capezzolo destro, ebbe eresipela della mammella omonima: febbre alta, 39,5, stato generale buono, urine normali. In terza giornata le comparve una manifestazione cutanea, principalmente localizzata agli arti, tanto sulle superfici esteriori che su quelle flessorie, costituita da grosse papule rilevate, prima alquanto distanti e poi subito confluenti, di colorito rosso-chiaro, accompagnate da prurito insopportabile; la temperatura oltrepassò i 40°.

L'O. ha creduto suo dovere rendere palese il caso descritto, non per la sua importanza, ma unicamente per mettere in evidenza questa complicanza non comune, la quale è certamente una manifestazione tossica, che pare ceda presto al trattamento con siero specifico.

Particolare secchezza della lingua in seguito ad istillazioni vescicali di olio gomenolato.

E. PAPPACENA. — Un infermo di cistite da ritenzione, curato con lavande vescicali ed istillazioni di olio gomenolato al 20 % due volte al giorno, ebbe l'ottavo giorno particolare secchezza della lingua fino ad impedirgli di parlare. L'O. mette questo disturbo in relazione ad eccessivo assorbimento di gomenolo, tanto più che l'infermo ne avvertiva da qualche giorno un disgusto nella bocca. Sospese le istillazioni del medicamento, la lingua ritornò umida e la miglioria continuò fino al punto che l'ammalato potette riprendere la sua vita abituale.

L'O. ha voluto menzionare detto caso per mettere in evidenza questo fatto nuovo che potrebbe indurre il clinico in errore essendo l'espressione di fatti uremici. F. BUONOMO LA ROSSA.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 13 luglio 1925.

Presidenza: prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Metaemoglobinizzazione ed ematinizzazione del sangue rispetto al riconoscimento della carbossiemoglobina.

Prof. A. DALLA VOLTA. — Il sangue ossicarbonico può essere assai facilmente distinto da quello ossiemoglobinico determinando il periodo di tempo necessario alla sua trasformazione in metaemoglobina o alla sua scissione in ematina e globina, in quanto il tempo di metaemoglobinizzazione e di ematinizzazione è assai più lento per il sangue sottoposto ad ossicarbonicazione. Sulla base di questi principî l'O. propone, come mezzo di rapida determinazione del sangue ossicarbonico, specialmente nel corso dell'autopsia, l'uso di cartine impregnate di agenti chimici di azione metaemoglobinizzante od ematinizzante. Sopra queste cartine si potrà facilmente strisciare il sangue sospetto a mezzo di un bastoncino di vetro, paragonandone il comportamento con quello di sangue normale strisciato come controllo. La metaemoglobinizzazione e l'ematinizzazione si rilevano con grande facilità come trapasso del colore dello striscio

dal rosso al cioccolatto. Particolarmente adatte agli scopi pratici sono le cartine al nitrito di sodio (metaemoglobinizzanti) ed al bisolfato di Na o K (ematinizzanti). Si preparano imbevendo carta da filtro con soluzioni acquose al 10 % o anche più concentrate e presentano anche il pregio di poter essere conservate a lungo a riparo dall'aria.

Sul comportamento dei trapianti dei tessuti coltivati in vitro di fronte ai plasmi eterogenei.

Prof. A. RONCATO. — L'O. dimostra che nella serie dei successivi trapianti delle colture di cuore embrionale di pollo, si arriva ad un punto nel quale il tessuto coltivato non risente più l'azione inibitrice sullo sviluppo esercitata dal plasma eterogeneo (di coniglio) in cui è coltivato.

Conclude che gli elementi cellulari delle colture evolvono, non solo morfologicamente, come è noto, verso un tipo unico embrionale, nel quale si perdono i caratteri propri del tessuto da cui originano, e per cui riesce difficile distinguere un elemento proveniente da un tessuto connettivo da quello proveniente da un tessuto epiteliale o muscolare, ma essi evolvono anche funzionalmente verso un tipo aspecifico, verso un tipo cioè che non risente più della specie da cui esso proviene.

L'azione dell'insulina considerata in rapporto alla diuresi.

Prof. A. ROSSI e dott. U. SARTORELLI. — In questa seconda nota gli OO. riferiscono i risultati di ricerche con le quali hanno studiato le modificazioni indotte dall'insulina sulla curva di secrezione renale provocata col metodo di Volhard. In base alle loro osservazioni essi giungono alle seguenti conclusioni:

1) Sull'attività secretiva del rene l'insulina determina in un primo tempo oliguria e in un secondo tempo poliuria; quest'ultimo fenomeno prevale sul primo.

2) Tali azioni sono dovute probabilmente a fenomeni vasomotori di natura opposta dall'insulina provocati.

3) La diversità dei fenomeni vasomotori devesi mettere in relazione con la quantità di ormone circolante in un primo tempo ed in un secondo tempo.

A. R.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 4 febbraio e dell'11 marzo 1925.
Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

Fisioterapia e malattie della pelle.

Dott. GRIGOLLI. — Conferenza non adatta ad essere riassunta per un resoconto.

Un caso di anemia splenica pseudoleucemica con esito in guarigione.

Dott. GREGORI. — L'O. riferisce il caso di un bambino di 4 anni e mezzo, degente nel reparto medico dell'Ospedale Civile di Feltre, che presentava all'atto del suo ricovero un profondo deperimento organico con anemia grave e una ipertrofia considerevole del fegato e della milza.

L'esame del sangue rivelò un milione di globuli rossi con anisocitosi, poichilocitosi e molte emazie nucleate; scarsa l'emoglobina con valore globulare diminuito di metà; globuli bianchi 10,000, con predominanza di polinucleari neutrofili e presenza di un piccolo numero di mielociti. Guarì con cura arsenicale.

Un caso di anemia perniciosa trattato col raschiamento del midollo osseo.

Dott. V. VALDUGA. — Un uomo di 49 anni ammalò tre anni fa con sintomi vaghi che rapidamente si chiarirono e si definirono in una tipica anemia perniciosa. Fu curato in varî ospedali dell'America del Nord con tutto l'arsenale terapeutico contro tale malattia, comprese ripetute trasfusioni di sangue, senza giovamento.

Venuto in Italia si constatò il quadro clinico ed ematologico di una grave anemia perniciosa (emazie 1,050,000, emoglobina 23 %, valore globulare 1,09; macro, micro e poichilocitosi).

Si pensò di sottoporlo al raschiamento del midollo osseo, secondo la proposta di WALTHERHOFER e SCHRAMM.

Il prof. PIERI eseguì la operazione asportando col cucchiaio il midollo del femore destro attraverso due orifici di trapanazione, uno sul gran trocantere, l'altro sul condilo interno. Il proposito di eseguire in un altro intervento il raschiamento di altre ossa lunghe fu frustrato dal rifiuto del malato.

Dopo alterne vicende, si manifestò, dopo quattro mesi dall'operazione, un miglioramento soggettivo ed obiettivo così evidente che il malato ora, a sei mesi dall'operazione, si ritiene guarito.

Intervento chirurgico per frattura della colonna vertebrale (trapianto osseo).

Prof. PIERI. — L'O. incoraggiato dai risultati ottenuti nella cura della spondilite tubercolare coll'operazione del trapianto osseo secondo ALBEE, ha applicato tale principio terapeutico anche a un caso di frattura vertebrale senza sintomi nervosi, e presenta il soggetto in questione.

Il risultato è soddisfacente: il soggetto a distanza di quasi 4 mesi dall'accidente può camminare a lungo senza dolori, e all'infuori della rigidità del breve segmento rachideo inchiavardato, che non gli produce del resto apprezzabili limitazioni nei movimenti del tronco, non presenta alcuna conseguenza del grave trauma subìto.

Atipica propagazione di soffi mitralici.

Dott. ZAMBELLI. — L'O. riferisce di due casi di insufficienza mitralica osservati nel reparto Medico dell'Ospedale Civile di Feltre, nei quali si avvertiva un soffio olosistolico rude, che aveva il suo massimo di intensità alla parte interna del secondo spazio intercostale sinistro, tale da far pensare alla stenosi della polmonare.

I segni funzionali e gli altri segni obbiettivi clinici e radioscopici ortodiagrafici deponevano invece per una insufficienza della mitrale.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Forme attuali di influenza nell'infanzia.

A. Lesage (*Journal de médecine de Paris*, 21 marzo 1925) rileva il fatto che, attualmente, l'influenza riveste particolarmente un tipo coleriforme; negli adulti è frequente l'inizio dell'influenza con vomiti ripetuti, seguito da subittero o da itterizia ben netta. Nei bambini, può rivestire due forme.

1) Nei poppanti, si ha un inizio rinofaringeo, con starnuti ripetuti, gola arrossata, leggera stomatite e bronchite, con qualche focolaio polmonare fugace a rantoli fini. Questi fenomeni sono fugaci e cedono in 24-48 ore, mentre si manifestano disturbi digestivi di grande intensità e temperatura elevata, ciò che fa sospettare la febbre tifoide. In altri casi, si ha l'aspetto del colera infantile; con diarrea intensa, elevazione termica centrale ed abbassamento periferico. In 24 ore il bambino può morire di colera grippale.

In altri casi si osservano forme che si iniziano con una rinofaringite banale, leggera ipertermia, con evoluzione simile all'infezione pneumococcica, temperatura uguale mattina e sera per 9-12 giorni e complicazioni da parte delle orecchie. La paracentesi timpanica fa rientrare tutto nella norma. L'otite però è del tutto latente, in quanto che manca, o quasi, il dolore spontaneo ed è appena accennato quello alla pressione; il carattere del pus è quello da pneumococco, spesso e filante.

2) Nella seconda infanzia, i fenomeni rino-faringei sono poco netti; gola arrossata, reazione ganglionare cervicale leggera. Epistassi abbondanti e ripetute. La malattia si inizia con un improvviso rialzo termico e, subito compaiono i vomiti quasi subentranti che durano qualche ora fino ad un paio di giorni. La temperatura sale a 39° e non cede che al terzo giorno. Spesso, si ha ittero con tutti i caratteri classici, che cede in 2-3 settimane, senza reazione termica. Queste forme sono abitualmente benigne; i vomiti, che sul principio appaiono allarmanti, cedono ad una dieta adatta.

fil.

La tecnica operatoria preferibile per le pleuriti purulente acute nell'infanzia.

H. L. Rocher (*Gaz. hebdomadaire des sciences médicales*, 1 febbr. 1925) fa osservare che, nelle pleuriti purulente dell'infanzia, è sufficiente la semplice pleurotomia intercostale, senza resezione. In tal modo, pur avendosi uno spazio sufficiente per l'evacuazione, si previene lo *shock* pleurico ed il pericoloso passaggio dell'aria attraverso larghe ferite pleuriche.

Si praticherà l'anestesia locale, mediante iniezione di cocaina a 1/300 in siero di Hayem, con aggiunta di adrenalina. La posizione preferibile è quella seduta, sul margine di una tavola. Nella pleurite della grande cavità, si farà l'incisione al punto più declive del IX-X spazio, sulla linea mediana scapolare. Si procederà, tenendo per guida l'ago esploratore lasciato in posto, e, dopo inciso lo strato muscolare, si fa una puntura con un bistori nel punto dove si trova l'ago e si allarga la ferita mediante una pinza a lungo manico, di cui si allontanano le branche, in modo da permettere l'introduzione di una cannula di vetro. Questa poi si collega con una pompa di aspirazione. Procedendo in tal guisa, si evitano gli accidenti gravi che seguono talora l'apertura brusca della cavità pleurica, la tosse ed il dolore toracico profondo. Quando la cavità pleurica è quasi del tutto svuotata, compare un po' di tosse; si sospende allora l'aspirazione, si impedisce l'ingresso dell'aria nella cavità pleurica applicando un panno sterilizzato e si introduce un drenaggio corto, a sfregamento, nello spazio intercostale inciso, chiudendo l'estremità esterna con una pinza in modo da impedire l'entrata dell'aria. Si sutura il piano muscolare a punti staccati e la pelle, mantenendo in posto il drenaggio (del diametro di 8-10 mm.) mediante un crine.

Si applica poi la medicatura, che deve essere larga, spessa, ermetica, messa rapidamente e ben fissata al torace. La si ricambierà regolarmente, nei primi giorni anche due volte al giorno. Le lavature pleuriche sono inutili a meno che non si tratti di pleurite putrida.

Per la buona riuscita successiva, è assai importante la ginnastica respiratoria; da principio, gli esercizi di espirazione massima combatteranno il collasso e faciliteranno l'avvicinamento del polmone alla parete toracica. In seguito, gli esercizi di inspirazione e di ginnastica toracica potranno combattere la retrazione dell'emitorace e ristabiliranno la simmetria delle due parti.

L'A. ha trattato in tal modo con successo le pleuriti purulente anche degli adulti.

fil.

I limiti del pneumotorace terapeutico.

U. Carpi (*Tubercolosi*, 1924, n. 10) osserva che le indicazioni e le controindicazioni del pneumotorace terapeutico debbono informarsi alle direttive generali del metodo. La prima indicazione è

quella che fa del pneumotorace il metodo di cura delle lesioni distruttive e locali a carattere evolutivo che minacciano l'esistenza del malato. Quindi, tutte le forme fibro-caseose ulcerose localizzate evolutive, quelle caseose congestizie, quelle fibrocaseose a tendenza progressiva, polmonari e pleuropolmonari giustificano il collasso pneumotoracico. Esso sarà meno indicato delle forme caseose a decorso infettivo acuto a itpo pneumonico o broncopneumonico diffuso. Non costituiscono indicazioni per il pneumotorace le forme tubercolari semplici infiltrative benigne, quelle a tipo peribronchitico, fibrose, quelle lente a carattere saprofitico.

La terapia pneumotoracica deve essere tempestivamente istituita in tutti i casi di tubercolosi caseosa o fibrocaseosa in cui, esclusa la possibilità di una guarigione col mezzo di una cura sintomatica e generale, il pneumotorace trova una indicazione precisa di cura diretta e radicale. Esso è un atto operativo delicato e giustificato soltanto in presenza di lesioni distruttive localizzate, ma evolutive e non suscettibili di venire influenzate dalla terapia sintomatica, specifica e sanatoriale.

fil.

Pneumotorace provocato durante una puntura esploratrice.

Richard (*Gazette des hôpitaux*, 1924, n. 70), sulla base di due osservazioni personali, accenna alla possibilità della formazione di pneumotorace, secondario alla semplice puntura esplorativa. Sembra però che condizione necessaria a che si verifichi questo inconveniente sia che l'ago, specie se lungo e di grosso calibro, attraversi parenchima polmonare non sano (tubercolosi)

PERSIA.

Il regime alimentare del tubercoloso.

La nutrizione del tubercoloso deve essere buona, e mantenuta con alimenti vari e piacevoli, per conservare l'appetito. Le regole di questo regime sono riassunte da G. Mauriquaud (*Lyon Médical*, 1924). La preparazione degli alimenti deve essere semplice, evitando salse, spezie e soverchia cottura. Sono permesse tutte le *carni* da macello, moderando la quantità delle frattaglie, evitando la selvaggina, le carni salate. La carne cruda di montone o di cavallo (quella di bue può infestare di tenia) si può somministrare tritata con zucchero o nel brodo, da 50 a 150 grammi, e così pure il succo di carne, ottenuto per pressione, per un periodo di venti giorni al mese, sorvegliando le feci e sospendendo se compaiono segni di processi putrefattivi notevoli. I *pesci* di assoluta freschezza sono consigliabili, specie arrostiti o lessati. Le ostriche soltanto, e di sicura provenienza, sono convenienti tra i crostacei, perchè eupeptiche in maniera eccellente. Le *uova* saranno concesse in numero di 3-4 al giorno limitando l'eccessivo uso dei tempi passati, e saranno ancora più limitate nei casi di congestione epatica e di litiasi, e addirittura soppresse se esiste idiosincrasia. Il *latte*, che non deve essere dato in sostituzione di bevande, è un buon alimento specie sotto forma di latte coagulato e di formaggio fresco. I grassi non vanno esclusi, ma dati sotto forma di burro e crema fresca. Mauriquaud avrebbe avuto buoni risultati dall'uso di olio di fegato di merluzzo alla dose di 2 o 4 cucchiai da zuppa al giorno. Tutti i *farinacei* sono utili al tubercoloso. Il pane sarà concesso in dose moderata con preferenza per il pane più comune. I *legumi*, lenticchie, piselli secchi, fagiuoli, costituiscono un buon alimento, purchè siano cotti a lungo, e sia conservato il loro brodo, ricco di fosfati e di vitamine B. I *legumi verdi*, ricchi di sostanze minerali e di vitamine, sono raccomandabili. Tutte le *frutta* tollerate sono permesse, crude, secche, o cotte: se compare diarrea dare solo marmellate di cotogne, nespole o mirtillo. Il *vino* sarà dato misto ad acqua, e sarà concessa la birra amara ed eupeptica. Il thè, il caffè, il cioccolato sono permessi, in generale.

PICCINELLI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul ritmo funzionale del fegato.

Il fegato normale funziona in modo ciclico, e questo ritmo allo stato patologico si esagera fino a giungere alla intermittenza degli epatici. A questa sintesi si può riferire il contributo che H. Walter (*Thèse de Paris*, 1924, *Presse méd.*, n. 13, 1925) porta allo studio della fisiopatologia del fegato. Il suo metodo di esame consiste nel realizzare quello che egli chiama *istantanee epatiche*: in 48 ore studia la funzione biliare con la ricerca dei sali e dell'urobilina nelle urine, la funzione glicogenica con la glicosuria alimentare, la funzione antitossica con la glicuronuria, la funzione proteopessica col coefficiente Derrien-Clogne, infine la funzione ematica con le prove emocrasiche. Queste istantanee sono fatte nel corso di una stessa malattia, ogni 4 o 5 giorni. Quali i risultati?

Nell'epatico leggero (ittero catarrale, congestione, cirrosi all'inizio), l'insufficienza epatica si presenta in maniera assai variabile, anche nei casi clinicamente identici, poichè la lesione simultanea di tutte le funzioni è eccezionale, e perchè la

lesione di una funzione non decorre parallelamente alle altre: vi è asinergia, perchè non tutte le funzioni sono necessariamente colpite; vi è asincronismo perchè le colpite non lo sono contemporaneamente, ma individualmente e senza rapporto reciproco. La stessa constatazione si fa in malattie diverse che ledono leggermente la cellula epatica: polmonite, tifo, tubercolosi cavitaria. Nella insufficienza epatica, dunque, l'assenza di parallelismo delle alterazioni funzionali è la regola.

Nell'individuo sano le ricerche sull'urobilina e sui sali mostrano che la loro eliminazione è ciclica in relazione con gli apporti alimentari.

La spiegazione di questi fatti si può cercare nei lavori moderni sulla istofisiologia del fegato.

Le conclusioni a cui giunge Walther sono queste:

Normalmente il fegato funziona in modo ritmico tanto che i prodotti di scorie sono emessi in misura alternativamente più o meno abbondante, realizzando nella giornata una eliminazione policiclica.

Negli stati patologici questo policiclismo si accentua e determina l'intermittenza, e se la lesione è leggera le differenti funzioni sono sempre inegualmente colpite.

Asinergia, asincronismo, intermittenza sono i caratteri propri della insufficienza epatica.

Nei casi di piccola insufficienza, la sola interessante dal punto di vista delle prove funzionali, a cagione di questa funzione ciclica del fegato, diviene assai difficile (constatazione delusiva) distinguere ciò che è patologico da ciò che è fisiologico, e in queste condizioni bisogna far appello ancora alla sola clinica.

A. PICCINELLI.

Modificazioni della struttura pancreatica durante il digiuno sperimentale.

Nulla ancora di preciso può dirsi sulla genesi insulare del pancreas; la discussione s'iniziò nel 1886 quando Lewaschew ammise per il primo che il tessuto insulare non rappresenta altro che una trasformazione del tessuto zimogenetico (acini). Diversi autori con lavori sperimentali si sono occupati successivamente di questo argomento, ma le opinioni formulate sono state tutte discordi.

De Gaetani (*Osserv. Medic.*, giugno 1925) recentemente ha esaminato il pancreas di cani, tenuti a dieta assoluta per otto, dodici, diciannove giorni. Durante tale periodo non era somministrato loro altro che acqua e venivano sorvegliati che non si muovessero o ingoiassero feci.

Egli ha potuto vedere che nel pancreas di tali cani, il tessuto delle isole può essere accresciuto dagli elementi degli acini; però se dopo un periodo di digiuno l'animale è alimentato fino a ritornare in condizioni normali, il pancreas torna a presentare la sua costituzione normale, riprendendo gli elementi insulari, di nuova formazione, l'aspetto delle cellule acinose dalle quali derivano.

Questa intima relazione genetica delle isole con gli alveoli, la possibile trasformazione di elementi alveolari in insulari e viceversa porterebbe alla conclusione che « le isole di Langerhans non sono organi *sui generis*, ma rappresentano solo una parte particolarmente differenziata del tessuto pancreatico.

A. POZZI.

IGIENE.

La profilassi dell'ittero infettivo nel Giappone.

Il dott. Yuzo Toyama studiando il problema generale della profilassi del morbo Weil nelle campagne giapponesi ha constatato che la malattia ha una particolare tendenza a diffondersi; tanto che sono note 14 prefetture infette con almeno 5000 casi all'anno.

La massima parte dei casi sono in settembre e ottobre; si ammalano di solito fra 20-40 anni in prevalenza maschi (75 %) con una mortalità del 18 %.

La malattia è predominante nei paesi agricoli dove esistono acque stagnanti e si hanno in generale buoni risultati usando in questi casi come concime la calciocianamide.

La spirochete è molto sensibile agli acidi e muore ad una concentrazione acida del 0.1 %.

Alla calciocianamide la spirochete è sensibile alla concentrazione 0.01 %, la spirochete muore in una soluzione al 5 % di cloruro di sodio e nell'acqua di mare; resiste per 28 giorni ad una temperatura di 10 gradi sotto zero.

L'A. insiste sull'uso profilattico della calciocianamide che è un ottimo concime per il risc, per la soia, ecc.

(*Pathologica*, 15 febbraio 1925).

La encefalite epidemica è contagiosa nella fase Parkinsoniana?

Guillain ed altri riferiscono di un soggetto ricoverato alla Salpetrière per paraplegia da poliomielite acuta antica il quale essendo vicino di letto di due parkinsoniani presentò dopo qualche tempo una sindrome acuta di encefalite.

Gli AA. ritengono che questa sia una prova di indiscutibile evidenza della contagiosità della encefalite allo stadio parkinsoniano.

Noi non possiamo convenire in questo semplicismo in quanto pensiamo che infinite possano essere anche in un ospedale le vie del contagio tenuto anche presente la rarità estremissima colla quale sono descritti contagi ospedalieri da parte di soggetti affetti da forma acuta.

(*Pathologica*, 15 febbraio 1925).

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. F. M. G.:

La fuoriuscita dalla mammella di sangue o di liquido come lavatura di carne è sempre sospetta, trattandosi sovente di cancro. Anche nella mastite cistica può aversi l'efflusso di liquido brunastro, ma non con chiari caratteri di sangue; secreto oscuro o bruniccio si osserva pure in tumori benigni.

In questi casi per altro non mancano all'esame obiettivo altri segni caratteristici.

Ma poichè deflusso di sangue dalla mammella si può avere anche come mestruazione vicariante, specie durante la pubertà, senza apparente lesione anatomica, nel caso in questione, trattandosi di gestante e puerpera, ove con l'esame obiettivo si possa assolutamente escludere ogni lesione neoplastica o cistica si deve pensare a meccanismo analogo a quello della mestruazione vicariante.

Se la perdita di sangue è cospicua, specie essendo favorita dalla suzione, sarà opportuno sospendere l'allattamento.

ARTOM DI SANT'AGNESE.

Al dott. C. B.:

Non esiste un trattato italiano di röntgenterapia: per le affezioni ginecologiche può consultare in tedesco il libro classico di Wintze Seitz: Unsere Methode für Röntg.-Tiefelherap. Tuttavia molti punti del metodo (specie pei fibromi) non hanno il consenso generale. Può consultare Salzmann: Roentg.-Th. inner. Krank. (pure di Urban-Schwanzenberg). Invece esistono capitoli e letterature adatti alle sue ricerche.

In italiano esistono lavori staccati (Bertolotti-Ponzio, ecc.) raccolti o nella collezione di « Radiologia Medica » o negli Atti dei Congressi.

E. MILANI.

All'abb. n. 2823-1:

Biblioteca di terapia Gilbert e Carnot, Casa editrice dott. Francesco Vallardi; *Trattato di dietetica* di G. A. SUTHERLAND, Unione tipografico-editrice, Torino.

Prof. PAOLO ALESSANDRINI.

Al dott. G. M. da T.:

Il prossimo concorso per assistenti negli Ospedali Riuniti di Roma avrà luogo verso la fine dell'anno in corso od al principio del venturo.

T. F.

Al dott. M. T. da N.:

La Salute e l'Igiene nella Famiglia si pubblica a Roma, piazza del Popolo, 18; ne è direttore il dott. Eschilo Della Seta.

P.

All'abb. n. 2143-1:

Il Ministero non ha ancora pubblicato la graduatoria dei medici provinciali aggiunti in seguito al concorso testè espletato: e quindi non è stato possibile riportarla nel *Policlinico*.

C.

VARIA.

L'abbigliamento e la salute della donna moderna.

Nel primo quarto del secolo XX l'abbigliamento della donna ha subito radicali, profonde trasformazioni. La moda con i suoi capricci, le sue volubilità ha sempre segnato rapide modificazioni nella foggia delle vesti, delle acconciature della donna, ma si trattava di variazioni formali, mentre il tipo rimaneva sostanzialmente il medesimo.

Da una ventina d'anni la donna non veste più come prima e le modificazioni si sono andate sviluppando gradatamente fino a raggiungere la massima accentuazione nel periodo postbellico.

La moda moderna degli abiti corti, delle braccia e del collo nudo, dei capelli tagliati non ha mancato di provocare rimproveri e proteste che hanno culminato nel divieto fatto alle donne di entrare in alcune chiese di Roma se non con una prescritta acconciatura. È a rilevare però che non le sole autorità cattoliche si sono scandalizzate, ma in Italia e altrove pare che il fenomeno abbia provocato il risentimento degli zelanti seguaci di altre religioni.

Conviene riconoscere che la lotta tra la moda femminile ed i puritani della moralità convenzionale non si è iniziata oggi; si può dire che sia di tutti i tempi. Se oggi si lamenta che l'abbigliamento delle donne è troppo sommario, altre volte si è gridato allo scandalo perchè era troppo vistoso o troppo carico di ornamenti. Se oggi si biasima l'impudicizia delle vesti, altre volte se ne è biasimato lo sfarzo.

Se oggi si predica la crociata contro le vesti corte, una volta si lanciava l'anatema contro lo

strascico. Se ora si trova che il taglio dei capelli è troppo sbarazzino, una volta si biasimavano i troppi riccioli e posticci.

Vero è che la lotta tra il desiderio da parte della donna di apparire, di distinguersi, di esibirsi, e l'intransigenza dei tutori del buon costume dura da che dura la storia umana.

Ma se le esagerazioni possono giustificare le rampogne moralizzatrici, si deve tuttavia ammettere che il tipo dell'acconciamento moderno della donna costituisce dal punto di vista igienico un effettivo progresso.

È scomparsa quella camicia di forza che era il busto, le vesti non sono più raccoglitrici e depositarie di ogni sorta di germi, i tacchi delle scarpe hanno assunto altezze meno fastidiose e meno deleterie.

Il complesso degli indumenti è ora più leggero, meno impacciante consentendo una più ampia motilità, una più abbondante respirazione cutanea.

In effetti gli abiti donneschi del secolo scorso sembravano fatti allo scopo di limitare e danneggiare l'attività fisiologica dell'organismo.

La maggiore superficie cutanea che le donne offrono all'aria, al sole è a tutto vantaggio della loro salute. Richiede una maggiore pulizia e consente quindi una migliore traspirazione. Permette una maggiore influenza benefica della luce sull'organismo. C'è una morale fisica le cui esigenze devono prevalere su quelle della morale mentale, ammesso che le nudità degli arti superiori e del collo costituiscano un'offesa al pudore.

Il taglio dei capelli contribuisce anch'esso a dare alla donna una maggiore spigliatezza e vivacità di movimenti, le consente di eseguire quegli esercizi fisici indispensabili all'armonico sviluppo dell'organismo ed al mantenimento della salute. Non a torto è stato detto che la cultura fisica della donna è la base di ogni rigenerazione, e che si riformerà il genere umano, riformando l'educazione della donna. Le donne forti sono quelle che fanno le razze forti.

Si parla di mascolinizzazione della donna e non si capisce che questa paura è illogica. La natura non si forza, e la donna ha sempre interesse a rimanere donna. Le donne che scimmiottano gli uomini sono pervertite o deficienti. La natura cerca sempre di rendere più nette e più sensibili le differenze sessuali.

Certo non può rispondere agli interessi sociali ed alle esigenze estetiche che la donna a meno di quarant'anni sia ridotta un ammasso di carne senza vita, o che ancor più giovane sia un essere pallido, impacciato ed impacciante per i suoi disturbi.

Che la donna debba essere senza muscoli, debba avere la taglia sottile o essere abbondante di grasso è un pregiudizio che risponde ad ignoranza delle leggi fisiologiche ed a gusti volgari.

Perchè essa possa respirar bene, digerir bene e ben provvedere alla gestazione non deve certo avere muscoli da atleta, ma è indispensabile che abbia muscoli validi. Deve aver quel tanto di grasso sufficiente a modellarne le forme perchè risponda al tipo di bellezza eternato dall'arte ellenica.

La moderna acconciatura della donna nelle sue linee generali meglio si presta alle sue necessità organiche.

Il vestire semplice ed anche succinto non può costituire offesa alla morale. L'abitudine e l'omogeneità finiscono per ingenerare l'assuefazione. Tra non molto le donne con l'attuale abbigliamento saranno per gli uomini quelle che erano al tempo della crinolina e della parrucca.

E tra gli altri vantaggi si avrà anche quello che le deformità organiche potranno essere meno nascoste, e di ciò si avvantaggerà l'eugenica.

Chi si scandalizza perchè la moderna donna civile è un po' meno infagottata di quel che fosse per lo passato, somiglia ai tradizionalisti turchi e cinesi che rispettivamente vogliono ancora coperto il volto ed atrofizzati i piedi delle loro donne.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

Finzi G. e Stazzi P. *Vaccino-terapia specifica antitubercolare nei bovini col vaccino Bruschettini.* — Milano, Tip. Agraria, 1924.

Fonseca Francisco. *Die Bildung von Harnblasenfisteln im allgemeinen und Dauerfisteln im besonderen.* — Leipzig, C. Grumbach, 1924.

Fossataro C. *La relazione fra traumi e tubercolosi locale studiata sopra alcuni casi clinici.* — Verona, M. Bettinelli, 1924.

Gay Michele. *Produzioni medico-chirurgiche italiane.* — Casale Monferrato, Tip. Gabriele, 1923.

Ghetti G. *Sulla etiologia della sclerosi a placche.* — Napoli «La Nuovissima», 1924.

Giannatempo Giuseppe. *Dell'efficacia dell'acido nucleinico in combinazione con estratti fenilici, nella cura dell'infezione Eberthiana.* — Milano, A. Rancati, 1924.

Giordano D. *Elogio di Bassini.* — Venezia, T. Ferrari, 1924.

Landolfi M. *Le bronchiectasie.* — Napoli, N. Jovene, 1924.

Larini Domenico. *Il petto a imbuto a sviluppo precoce in rapporto con la costituzione.* — Bologna, L. Cappelli, 1924.

Platon Civind. *Erfaringer med Sauerbruchs Runstige, wilkaarlig bevaegelige arm.* — Kristiania, J. Bjornstad, 1924.

Pisenti Gustavo. *Lorenzo Boni.* — Roma, Riccardo Garroni, 1924.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Levatrice e non ostetrica.

È molto diffusa la tendenza da parte delle levatrici di esibire una qualifica cui non hanno titolo, quella di ostetrica. Della quistione che è stata già dibattuta nel *Medico Italiano* e nella *Clinica Ostetrica* si occupa ora il dott. Bignami nell'*Avvenire Sanitario*.

La levatrice, egli scrive, deve comprendere il dovere di denominarsi propriamente, non arrecando alterazioni a quell'*originario, caratteristico, e ben definiente titolo di Levatrice*, per cui le venne rilasciato il diploma governativo.

A contrariare questa affermazione d'ordine tecnico-ufficiale non regge punto nè acquista importanza il fatto — *a cui perciò tornerebbe vano ed irrisorio qualunque accenno od ulteriore appello professionale più o meno interessato* — che la Pretura di Milano, avendo creduto di sentenziare non trattarsi di reato, abbia a poca distanza assolte tre levatrici sotto la medesima imputazione di avere alla porta della loro abitazione affisso una targa recante la qualifica di *Ostetrica* anzichè di *Levatrice*.

Tale assoluzione è fondata su deboli basi, contrarie ad ogni concetto etico e scientifico. Trattandosi di un caso affatto particolare, offertosi alla magistratura italiana, una maggiore valutazione e comprensione dell'argomento dal lato Sanitario sarebbero state bene accette: ne sarebbe venuto un verdetto in senso ben diverso, e certamente equo nei riguardi dell'illustre Ostetrico preposto all'Assessorato della pubblica igiene nella Capitale Lombarda.

Del resto un *referendum* di tutti i medici d'Italia sull'intervento da parte comunale a togliere le targhe di « Ostetriche », dovrebbe senz'altro essere più lusinghiero e favorevole.

Il provvedimento chiesto dal Bertazzoli per salvaguardare l'interesse collettivo su quello singolo meriterebbe venisse accreditato e seguito da tutti i Comuni delle nostre grandi e piccole città quando non lo fosse più in alto dallo stesso Governo.

Nella consulenza della piccola posta al n. 7 della « Gazzetta Italiana delle levatrici », pubblicata dai direttori delle Cliniche Ostetrico-Ginecologiche, e di cui figura capo-redattore il prof. Guzzoni, sta inserta questa eloquente e categorica risposta ad A. C.: « Ella non può, non deve mettere sulla targa, nè sul biglietto di visita: Levatrice-Ostetrica. Se lo facesse dimostrerebbe di non comprendere il significato delle parole, e solleverebbe l'ilarità generale ». È proprio qui il caso di aggiungere: « A buon intenditor poche parole... ».

Rasentano poi la scempiaggine alcune levatrici, le quali ricorrono allo stratagemma di affiggere da un lato della porta d'entrata di casa una targa col titolo di « Levatrice » ed una seconda targa dall'altro lato con quello di « Ostetrica ». Ma tanto queste che quelle che abbinano le due qualifiche, o che fin troppo ingenuamente preferiscono la sola di « Ostetrica » non pensano che le stesse elementari attribuzioni a loro ultimamente riserbate dalla Commissione Ministeriale non spiegano, nè giustificano tale loro malizioso contegno di fronte a tutta la *Famiglia Sanitaria*, ed anche in faccia al pubblico intelligente?

E dopo tutto, se ancora riflettessero quanto costa di spesa, di tempo e di lavoro intellettuale a guadagnarsi il titolo accademico di « Ostetrica » pel quale fa bisogno aver fatto tutti gli studi classici onde passare poi all'Università, ed ottenere in seguito la laurea in medicina e chirurgia, esse stesse riterrebbero follia il menare inutile vanto con un titolo assai superiore e sproporzionato ai loro studi odierni, nonchè alle umili ristrette, per quanto delicatissime, mansioni professionali. Gli è perciò che di levatrici fuori legge pel fatto di infischiarsi dei regolamenti col sottoscriversi od in altro modo adoperare abusivamente il titolo di « Ostetrica » non si dovrebbe più assolutamente ed in nessuna località parlare.

Alle poche colpevoli e ribelli tuttora esistenti, e magari inorgoglite per l'emanata sentenza della Pretura di Milano, spetta quindi il dovere imprescindibile di spogliarsi subito dell'abusiva autoqualifica.

Ma per essere giusti bisogna convenire, che fra le stesse levatrici esiste una particolare categoria, la quale a tempo debito non ha guardato a fatiche, nè risparmiato sacrifici, limitandosi a guadagni irrisori, talvolta nulli, e financo rimettendovi del proprio, pur di essere ammesse ad iniziare una vera e soda pratica, ad approfondire le cognizioni scolastiche aggiungendovene molte altre, solo possibili previa non breve, diligente e faticosa pratica diurna e notturna, sotto il diretto controllo di competenti autorità, e sopra un vasto materiale rinnovantesi di gravide, partorienti, puerpere e neonati presso varie Cliniche, Istituti e Case di Maternità annesse a grandi centri ospedalieri.

Ma neppure queste diligenti e studiose levatrici, per questi grandi meriti innegabili, debbono credersi di portare impunemente e quando loro fa comodo il titolo di « ostetriche ».

Se per la loro pratica tenessero ad essere tecnicamente distinte dalle altre di condotta, o libere professioniste, potrebbero tutt'al più, e senza tema di trasgredire in tal caso la legge, servirsi a diritto della qualifica di « vice o sottomaestre » od anche di « levatrici perfezionate », semprechè però la Scuola dovesse rilasciare detti Certificati ufficiali.

Ed è opportuno qui ricordare due saggie conclusioni del R. Procopio:

« Per noi è ostetrico od ostetrica chi oltre avere conseguita la laurea in Medicina e Chirurgia fu per diversi anni in una Clinica ostetrico-ginecologica od in una Maternità, occupandosi, sia della

parte scientifica che pratica, della speciale disciplina.

« Accettino le levatrici oneste e coscienti una parola franca di chi difende sempre con amore i loro diritti. Non è con un titolo pomposo che si acquista una larga clientela, ma coll'abilità, coll'osservanza scrupolosa dei propri doveri, nell'esercizio professionale, col sacrificio, col coltivarsi, coll'onestà e sopratutto colla modestia, la quale non deve far rifuggire dal chiedere il consiglio e l'aiuto del medico quando occorra ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AZZANO X° (*Udine*). — 2ª cond.; vedi fasc. 40. Scad. 31 ott.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CERDIA (*Palermo*). — 2ª cond.; L. 9000 e 5 quinquenni; tassa L. 100 (*sic*). Scad. 31 ott.

CICOGNOLA (*Pavia*). — Scad. 31 ott.; L. 11,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 300 ambul.; L. 300 uff. san. Ab. 1855; pov. 137.

CIVITELLA CASANOVA (*Teramo*). — Entro un mese dal 5 ott.; kq. 3300, ab. 3808, di cui circa 1000 iscritti; età lim. 40 a.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500; L. 2400 trasp.; L. 500 se uff. san.; addizion. L. 5 oltre il 15 % della popolazione.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria N. e Stabb. Riuniti.* — Assistente medico e assistente chirurgo; età mass. 30 a.; L. 5000. Scad. ore 18 del 31 ott. Serv. entro 15 gg.

GATTICO (*Novara*). — Kmq. 15,76 in piano e collina. Ab. 3004; stip. L. 8000; addizion. L. 5 ogni povero oltre i 400; dieci bienni ventesimo; c.-v.; indennità bicicletta L. 500; uff. san. L. 500. Scadenza 31 ottobre.

GORIANO SICOLI (*Aquila*). — Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi. L. 9500 oltre L. 500 se uff. san. Scad. 30 gg. dal 1° ott.

JESI (*Ancona*). — Medico e chirurgo primarî presso l'Ospedale Diociesiano (13 comuni); rispett. L. 10,000 e L. 8,000 e aumenti fino al 50 %; c.-v.; partecipaz. proventi; per la direz., a uno dei due primarî, L. 2000; al med. per sorvegl. e cure Stabilimenti di benefic. dipendenti dalla Congregaz. di Carità L. 1200; indenn. per casi urgenti L. 2000 al med. e L. 2500 al chir. Rivolgersi segreteria della Congregaz. di Carità. Scad. 31 ott.

LORENZO IN CAMPO (*Pesaro-Urbino*). — Al 30 ott.; L. 8000 oltre L. 3000 cav. e 1° c.-v.; età lim. 35 (40) a.; tassa L. 50; L. 2000 se uff. san.

MEDUNA DI LIVENZA (*Teviso*). — A tutto 15 nov.; L. 8000 e 2 c.-v., oltre L. 2500 trasp. e L. 500 uff. san.

NOCERA UMBRA (*Perugia*). — Tre condotte (l'annunzio ci è stato rimesso il 7 ottobre per un concorso che scade il 15 ottobre: quindi non abbiamo potuto darne notizia in tempo utile).

POLAVENO (*Brescia*). — A tutto il 31 ott.; consorzio ab. 1847; iscritti 100; montagna; L. 10,000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp. e L. 500 uff. san.; residenza nella fraz. S. Giovanni di Polaveno; abitaz. decorosa gratuita. Serv. entro 10 (*sic*) gg.

PONTEDASSIO (*Imperia*). — Scad. 30 ott.; consorz.; L. 7500 e addiz. L. 5 oltre 500 pov.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 3000 per cavalc. ove occorra.

RAVENNA. — Due cond.; età lim. 35 a.; L. 8000 e 5 quadrienni decimo; c.-v.; L. 2500 cav.; indenn. supplem. di L. 500-1000. A tutto 31 ott.

REANA DEL ROIALE (*Udine*). — A tutto 31 ott.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., 2° c.-v., L. 3000 mezzo trasp., L. 800 uff. san. Rivolgersi Ufficio Municipale.

REGGIO CAL. — Radiologo all'Istituto Diagnostico; L. 10,000 e 20 % partecipazione entrate lorde. Eventualmente esami. Dovrà occuparsi anche di diatermia, elettroterapia e raggi ultravioletti. Domande all'Associazione Naz. Interessi Mezzogiorno d'Italia, Roma, via Monte Giordano 36 (palazzo Taverna) entro il 31 ott. Informazioni dal direttore dell'Istituto, dott. Pietro Timpano, via Acacia, Reggio Cal.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Reclutamento dei sottotenenti di complemento del corpo sanitario. Scad. 31 ottobre. Vedi fasc. 39.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

SALUDECIO (*Forlì*). — A tutto il 30 ott., 1ª cond.; Ospedale. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. L. 9000 e 10 bienni ventesimo; 2 c.-v.; L. 4000 cav.

SAN SEVERINO MARCHE (*Macerata*). — A tutto il 25 ott., medico e chirurgo primarî; L. 7000 e 3 quadrienni dec.; 2 c.-v.; riconoscimento serv. altri comuni per 2 quadrienni; direzione delle Cliniche (*sic*) medica e chirurgica dell'Ospedale. Età lim. 40 a. Docum. a 1 mese (*sic*) dal 14 sett. Ab. 15000 di cui 5000 nel Capoluogo e Borghi.

SEDRIANO (*Milano*). — Scad. 31 ott.; età lim. 35 a.; L. 10,500 oltre L. 850 uff. san. e L. 400 bic. Ab. 3800. Già in consorzio con Vittuone.

TERAMO. *Congregaz. di Carità.* — Aiuto di medic. e aiuto di chir. nell'Ospedale Civile; L. 5000 oltre c.-v. in L. 100 mens., partecipaz. proventi. Scad. ore 12 del 5 nov. Età lim. 35 (40) a. Nomina e conferma quadriennali. Chiedere annunzio.

VIBONATI (*Salerno*). — Scad. 14 nov.; età lim. 45 a.; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; c.-v.

VITTUONE (*Milano*). — A tutto il 31 ott.; lire 11,500 oltre aumenti periodici; L. 400 bicicl., L. 700 uff. san. Ab. 2277, pov. 130. Età lim. 35 a.

VOLTRI (*Genova*). *O. P. Ospedale San Carlo.* — Medico primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 (*sic*). Scad. ore 18 del 31 ott. Età lim. 40 a. Laurea da 5 anni. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio alla segreteria.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

Premi Paravicini.

È aperto il concorso a due premi Paravicini, uno per la medicina, l'altro per la chirurgia, dell'importo di L. 10.000 ciascuno, tra medici-chirurgi aiutanti, assistenti e supplenti dell'Ospedale Maggiore di Milano, per recarsi all'estero e perfezionarsi occupandosi particolarmente della: «fisiopatologia del ricambio con particolare riguardo alla terapia alimentare», per la medicina e della «chirurgia infantile» per la chirurgia. Esami. Documenti al Protocollo del Consiglio non oltre il 30 nov.

IIa borsa di studio Wassermann per dottoresse in medicina.

È aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in Medicina e Chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno.

L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 15 dicembre 1925. La scelta dell'Università o Istituto Superiore è in facoltà della concorrente, ma dev'essere subordinata alla approvazione della Commissione aggiudicatrice. Questa sarà composta di tre dottoresse e nominata dal Consiglio dell'Associazione Nazion. Ital. Dottoresse in Med. e Chir. Le domande in carta libera, corredate dei documenti, dovranno essere indirizzate alla Presidente dell'Associazione (dott.ssa Myra Carcupino Ferrari - Salsomaggiore) non più tardi del 5 novembre. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff.: Amato Alessandro di patologia generale da Bari a Palermo; De Lieto Vollaro Agostino di clinica oculistica da Firenze a Milano; Gasbarrini Antonio di patologia generale da Siena a Bologna.

Il dott. Ludovico Tommasi è nominato professore di clinica dermosifilopatica a Sassari.

Sono abilitati alla libera docenza i dottori: Giorgio Segrè in clinica dermosifilopatica, Aldo Lesi in medicina operatoria, Lorenzo De Monts in patologia medica.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congresso internazionale della malaria.

Si è svolto in Roma dal 4 al 6 ottobre, con larga affluenza di congressisti (più di 300) venuti da tutti i Paesi: erano tra essi non pochi dei più reputati cultori di malariologia.

L'inaugurazione ebbe luogo al Campidoglio, con discorsi del R. Commissario sen. Cremonesi, del capo del governo on. Mussolini, del presidente del congresso sen. Marchiafava, e del prof. Marchoux in nome dei delegati stranieri.

I lavori si sono svolti nel Palazzo dell'Esposizione. Le relazioni e molte comunicazioni hanno sollevato vivo interesse. Tra i varî ordini del giorno citiamo come forse il più importante quello approvato ad unanimità su proposta di S. E. Perez, il simpatico ed attivo ministro dell'Argentina presso il Re d'Italia: il voto che sorgesse in Roma un Istituto internazionale per gli studi biologici, clinici e sociali sulla malaria e che sollecitava dal Governo Italiano l'iniziativa per la realizzazione del progetto.

Fu designato un comitato internazionale per la preparazione del prossimo congresso che avrà luogo fra cinque anni ad Algeri, ricorrendo il cinquantenario della scoperta dell'ematozoo, che colà ha fatto Laveran.

Una magnifica Mostra è stata organizzata nei locali del Congresso dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica e dalla Scuola Malariologica di Nettuno. Esse hanno pubblicato in onore dei congressisti un volume in elegante edizione e ricco di illustrazioni originali sulle *Organizzazioni antimalariche alla luce della nuova dottrina.*

Il prof. Vittorio Ascoli ha raccolto ed esposto una importante serie di antiche pubblicazioni e di stampe sulla malaria e sul primo periodo dell'uso dela china. Ha inoltre curato una magnifica ristampa del classico trattato del Torti sulla cura delle febbri periodiche. Il volume è stato offerto ai delegati del Congresso.

Nell'occasione del congresso, sono state eseguite e distribuite ai congressisti varie altre pubblicazioni speciali, tra cui uno studio postumo del Celli sulla malaria traverso i secoli nell'Agro Romano, in splendida edizione; una pregevolissima monografia di G. Alessandrini, Giardina, Novelli e Sampietro sull'anofelismo nelle risaie; una relazione sull'opera del Comune di Roma nel campo della malaria.

I congressisti hanno visitato la Scuola di Nettuno e le bonifiche del Ferrarese.

Prossimamente pubblicheremo un ampio resoconto dei lavori, redatto per noi dal dott. G. Colazza.

Società Italiana di medicina interna.

La Segreteria della Società Italiana di Medicina Interna comunica il seguente programma dei lavori del XXXI Congresso.

Lunedì 26 ottobre: ore 10: Inaugurazione del Congresso della Società Italiana di Medicina Interna. — Ore 10.30: Relazione sull'esame funzionale dell'apparato respiratorio (Prof. G. Boeri, Napoli). — Ore 14.30: Riunione del Consiglio direttivo. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato respiratorio; 2) Tubercolosi. — Ore 19.30: Conferenza del prof. S. Baglioni (Roma): Fisiologia e Clinica umana.

Martedì 27 ottobre: ore 9. Relazione sulle « Cirrosi epatiche » (prof. L. D'Amato). — Discussione. — Comunicazioni relative al tema della relazione. — Ore 14.30: Comunicazioni riguardanti: 1) Fegato e vie biliari; 2) Apparato digerente; 3) Ricambio materiale; Terapia e farmacologia.

Mercoledì 28 ottobre: ore 9: Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia. — Relazione sulla « Cura del morbo di Flajani-Basedow » (relatori: prof. A. Ferrata - *Pavia* (per la parte medica) e prof. P. Fiori - *Modena* (per la parte chirurgica). Per la radioterapia: prof. E. Milani - *Roma*). — *Discussioni*: Comunicazioni relative al tema della relazione. — Ore 14.30: Assemblea della Società Italiana di Medicina interna col seguente ordine del giorno: Comunicazioni della Presidenza; Bilancio sociale; Rinnovamento delle cariche sociali; Sede e temi del XXXII Congresso; Varie. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: 1) Ghiandole a secrezione interna; 2) Sangue ed apparato emopoietico; 3) Malattie infettive e batteriologia. — Ore 18.30: Riunione del Consiglio Direttivo.

Giovedì 29 ottobre: ore 9: Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato circolatorio; 2) Terapia, farmacologia; 3) Sierologia; 4) Sistema nervoso; 5) Semeiologia e radiologia. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato urinario; 2) Malaria; 3) Malattie del sistema locomotore; 4) Varie ed aggiunte. — Ore 18: Chiusura del Congresso.

Coloro i quali desiderano partecipare al Congresso (soci o aderenti), devono essere in regola col pagamento delle quote sociali di lire quaranta (per le signore dei congressisti lire venti), da inviarsi al Tesoriere cav. uff. Luigi Pozzi, via Sistina 14 - Roma.

Tessera, scontrino per i ribassi ferroviari e programma dei lavori del congresso, nonchè elenco degli alloggi, saranno inviati a chi è in regola coi pagamenti.

Eventuali prenotazioni dirette di alloggi presso l'Enit, via Marghera 6 - Roma (Servizio Congresso Medicina interna).

Per ogni altro schiarimento rivolgersi al Segretario del Congresso prof. Giuseppe Sabatini, Regia Clinica Medica (Policlinico - Roma).

III Congresso dei dermatologi e sifilografi di lingua francese.

Si terrà a Bruxelles dal 25 al 28 luglio 1926. Temi all'ordine del giorno: 1) I tubercolidi; natura e trattamento; 2) Herpes e zona: loro eziologia; 3) Le purpure; 4) Reinfezione, pseudo-reinfezione, superinfezione sifilitiche; 5) Disturbi endocrini di origine eredo-sifilitica; 6) Stato attuale della terapia del lupus. Segretario generale: dott. Dekeyser, 9, rue des Sablons, Bruxelles (Belgio).

Conferenza internazionale della C. R.

Si è adunata a Ginevra la 12ª Conferenza internazionale della C. R.; vi hanno partecipato più di quaranta associazioni nazionali e vi sono stati rappresentati ventisei governi. Rappresentava l'Italia il gen. Baduel. Il Congresso ha espresso il voto che entro il 1926 si convochi una Conferenza per lo studio e l'organizzazione di una Croce Rossa Internazionale.

Nuove disposizioni per l'istruzione superiore.

La *Gazzetta Ufficiale* del 25 settembre, n. 223, pubblica un R. decreto-legge in data 4 settembre, n. 1604, il quale reca « Disposizioni per l'Istruzione Superiore ». Si compone di 72 articoli che riguardano: le cattedre vacanti, i concorsi, i trasferimenti, la stabilità, gl'incarichi, le supplenze, la libera docenza, i professori delle Università libere, le tasse, gli studenti, il personale amministrativo e altre modificazioni e innovazioni alle disposizioni vigenti.

Ci riserviamo di pubblicarne integralmente larga parte.

Notevoli sono le disposizioni per i concorsi. Questi vengono aperti a tutti; la commissione giudicatrice sarà composta di cinque membri, quattro dei quali della materia e l'altro di materia affine; due scelti dalla Facoltà presso la quale è vacante la cattedra, due dalle altre Facoltà e l'altro dal C. S.; la commissione forma una terna, nella quale la Facoltà è libera di scegliere il titolare.

Notevoli sono anche le disposizioni relative agli aiuti ed assistenti, cui è concessa la trasferibilità senza concorso ad altra cattedra, da qualsiasi Università.

Sono imposte alcune limitazioni al conferimento degli incarichi.

Preparazione agli esami di Stato per i medici.

Il Senato accademico della R. Università di Napoli ha disposto che vadano a carico del bilancio accademico le spese per un corso accelerato che è stato iniziato il 1° ottobre nelle Cliniche ufficiali per la preparazione agli esami di Stato in Medicina e Chirurgia. Il corso è assolutamente gratuito.

Vertenza fra cliniche ed ospedale a Padova.

A regolare una vertenza sorta fra le Cliniche universitarie e l'Ospedale di Padova è stata nominata una Commissione speciale la quale è risultata costituita dal prof. Lucatello rettore dell'Università, dal prof. Donati direttore della Clinica Chirurgica, dall'avv. Ferrari commissario straordinario dell'Ospedale e dal prof. Vigliani primario del Nosocomio. La Commissione si è riu-

nita per la nomina di un quinto membro, ma non essendo riuscita a mettersi d'accordo sul nome di questa persona, ha deciso di rimettere la designazione al Presidente del Tribunale.

In memoria di Tommaso De Amicis.

Il 13 sett., sulla facciata del Municipio di Alfedena, terra natale e da lui tanto amata, è stata, con largo intervento di autorità, di discepoli e di popolo e con intensa commozione, inaugurata una lapide in memoria di Tommaso De Amicis, onore d'Italia, vanto dell'Ateneo Napoletano, di cui fece rifulgere il nome nel Paese ed all'Estero.

Il 3 ottobre decedeva improvvisamente in ufficio, colpito da fulmineo malore il dott. ALBERTO MASSONE, direttore capo divisione dei Servizi Igienici alla Direzione Generale della Sanità Pubblica.

Laureatosi a Torino, si era dedicato subito agli studi dell'igiene, per i cui problemi pratici dimostrava speciale attitudine e vera passione. Dopo aver seguito i corsi di perfezionamento presso i Laboratorî della Sanità Pubblica, riportando il titolo di perito medico igienico, fu nominato assistente nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Genova, ove, sotto la guida del prof. Canalis, perfezionò e rafforzò la sua cultura, acquistando quella disciplina e quella prontezza d'intuito profondo e sicuro nell'esame dei più complessi problemi igienici, che fecero poi del Massone un funzionario tecnico di valore eccezionale. Nei quattro anni trascorsi nell'Istituto d'Igiene di Genova dette alla luce un importante contributo scientifico, studiando tra i primi la persistenza del vibrione colerico nelle acque.

Vinto nel 1899 il concorso per medico provinciale, fu destinato alla prefettura di Ascoli e nel 1900 venne chiamato a prestare servizio presso l'allora Ispettorato Generale della Sanità Pubblica. Nel 1905 vinse il concorso e venne nominato segretario del Consiglio Superiore di Sanità ed in tale mansione delicata ebbe campo di spiegare le doti eminenti del suo ingegno e della sua attività. Nel 1918 conseguì la nomina di Ispettore Medico ed assunse la Direzione dell'Ufficio Speciale Antitubercolare, che tenne fino al 1924, quando fu destinato alla Direzione della Divisione dei servizi igienici.

In tutte queste cariche il Massone fece rifulgere la sua spiccata personalità, dedicando al servizio tutta la passione del suo vivo entusiasmo per il progresso dell'igiene, tutto il suo fervido ingegno, e tutta la profonda conoscenza delle indagini scientifiche e statistiche.

La morte del dott. Massone, che anche per le doti del suo animo buono e gentile si era attirato l'affetto di quelli che con lui convivevano o che con lui dovevano aver rapporto per necessità di Ufficio, ha destato profondo rammarico.

La Sanità Pubblica perde uno dei funzionari più colti, diligenti e attivi.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 26 Ottobre 1925 — Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE RAMAZZINI DI CARPI
Direttore: Prof. CARLO TOSATTI.

La sieroterapia e la vaccinoterapia nella febbre tifoide.

Osservazioni su 48 casi clinici.

Dott. ALFONSO CAVAZZUTI, aiuto.

Questa nota ha lo scopo di raccogliere le osservazioni fatte sui casi di febbre tifoide ricoverati nel padiglione d'isolamento dell'ospedale Ramazzini dal 4 settembre 1924 al 22 gennaio 1925, periodo in cui si manifestò una epidemia di febbre tifoide in un aggruppamento di case operaie della Villa di Fossoli.

Si dirà del numero dei colpiti, della terapia seguita per ciascuno di essi e dei risultati ottenuti, della percentuale dei decessi e delle guarigioni in rapporto alla diversa cura, tenendo conto della maggiore o minore gravità del male.

La prima domanda che si fa al medico che accorre al letto dell'ammalato da parte dei parenti è quella di sapere se il paziente guarirà dalla malattia. Non si domanda al medico la diagnosi della malattia, ma gli si chiede che metta in opera tutta la sua esperienza ed il suo sapere per sottrarre alla morte una probabile vittima. Accertata la diagnosi di febbre tifoide per mezzo della emocoltura o della sierodiagnosi, il medico si trova innanzi al quesito del modo come curare il proprio paziente. Vi sono alcuni che consigliano la dieta idrica e lattea, sorvegliando e sostenendo la validità cardiaca e lasciando che il processo febbrile compia il suo ciclo, attendendo la guarigione della malattia dalla attività di difesa dell'organismo.

Altri hanno consigliato le iniezioni endovenose di urotropina, la proteino-terapia aspecifica, la cura specifica per mezzo del siero antitifico, l'uso dei vaccini antitifici.

Nel comune di Carpi di circa 30,000 abitanti nel 1923 la mortalità per febbre tifoide fu di 5,8 % e nel 1924 di 33,2 %.

Da questi dati gentilmente fornitici dall'ufficiale sanitario, dott. Paltrinieri, appare chiaro il carattere epidemico della malattia, provenendo la massima parte degli ammalati dalla località di Fossoli, e la gravità e malignità dall'alta percentuale di mortalità.

Dal 4 settembre 1924 al 22 gennaio 1925 furono ricoverati nell'ospedale 48 malati di febbre, di cui 10 morirono.

Nel comune di Carpi si è avuta una mortalità per febbre tifoide di 24,9 %, mentre la mortalità generale è stata del 22,8 %.

Tutti i pazienti appena entrati in ospedale si trattavano con ghiaccio sull'addome e sul capo e si tenevano a dieta liquida rigorosa, composta

di latte, limonata e qualche pezzetto di ghiaccio. Quando la temperatura raggiungeva o oltrepassava i 40° C. si somministravano piccole dosi, per bocca o per iniezioni, di chinino. La stitichezza che si è presentata in taluni pazienti è stata vinta per mezzo di clisteri d'infuso di lino.

Il siero antitifico che si è usato nel trattamento di alcuni ammalati, è quello preparato dall'Istituto sieroterapico milanese.

Il Caseal calcico è quello dell'Istituto opoterapico nazionale Baldacci di Pisa.

Il vaccino antitifico è stato preparato espressamente dall'illustre prof. Francesco Sanfelice, dell'istituto d'Igiene della Università di Modena, vaccino da lui denominato « Tifocidina » (1). Questo vaccino antitifico è stato da noi adoperato dal 15 ottobre 1924.

Dei 48 ammalati di febbre tifoide uno di anni 1 ½ entrato in ospedale il 16 ottobre 1924 con vomito, diarrea, meteorismo, tumore di milza non fu trattato con alcun rimedio specifico. Si applicò solamente dieta lattea con piccole dosi di chinino e lattofenina. L'ammalato morì dopo 1 mese dalla entrata in ospedale.

Con siero antitifico furono trattati 23 ammalati di febbre tifoide. Il siero fu inoculato nella quantità di 10 cmc. per iniezione. Ordinariamente si praticarono 3 iniezioni a brevi intervalli. Sui 23 ammalati si notarono 7 casi di morte.

Col vaccino antitifico preparato dal prof. Sanfelice furono trattati 24 ammalati di febbre tifoide. Di questi 24 ammalati 13 furono prima trattati con siero antitifico e non avendo presentato alcun miglioramento, furono curati in seguito con vaccino antitifico Sanfelice ed 11 furono curati con solo vaccino antitifico. Di questi 24 ammalati curati con vaccino antitifico ne morirono solamente 3. Il vaccino antitifico fu inoculato, a seconda dei casi, nella quantità di 4 a 7 cmc. con intervallo di 24-48 ore tra una iniezione e l'altra. Le iniezioni furono ben tollerate. Solo eccezionalmente si osservarono dolori nelle articolazioni e comparsa di esantema.

Per dimostrare la efficacia del vaccino antitifico è utile riportare la storia di un ammalato,

L... Enrico, di anni 12, da Soliera, entrato in ospedale il 10 novembre 1924 con diagnosi di febbre tifoide. Il piccolo paziente era in letto da 15 giorni e presentava uno stato di ottundimento impressionante; non rispondeva, non articolava sillaba. Si notava emiplegia destra. Le labbra erano fuliginose, la lingua aridissima, di colore rosso intenso: la pelle era secca, desquamata: si osservava rigidità della nuca e del dorso: si notava considerevole tumore di milza, meteorismo, diarrea profusa. La temperatura era di 39° C. a mezzogiorno, 39,2 la sera.

Il giorno 11 novembre con temperatura di 39,2 si praticò la prima iniezione di 5 cmc. di siero antitifico. A mezzodì la temperatura segnava 38,5, la sera 38. Il 14 mattina con temperatura di 39,4 si praticò la seconda iniezione di 5 cmc. di siero antitifico. A mezzodì la temperatura era di 38,4, la sera 38,2. Il 26 le temperature furono di 39,2, 38,1, 39,8. Il 27 si praticò la terza iniezione di 5 cmc. di siero antitifico ed a mezzodì si notò la temperatura di 38,2, la sera 39,7.

Il giorno dopo al mattino la temperatura era di 38,4, a mezzodì 38, la sera 39. Il 29 al mattino la temperatura è di 38,9, a mezzodì 37,2, la sera 39,3.

Il 30 si nota la prima apiressia alla sera con 36,4, ma il mattino seguente si osserva che la temperatura è 38, a mezzodì 38,8, alla sera 36,8. Il giorno 1 novembre il termometro segna 38,4, 37,7, 39,5. Il 2 novembre si nota 38,4, 38,6, 38,5. Il 3 novembre si nota 38,2, 37,7, 39,5. Il 4 novembre si nota 37,7, 38, 38,8. Il 7 novembre al mattino con temperatura di 39,4 s'inizia la terapia antitifica col vaccino Sanfelice iniettando 1/3 di cmc. A mezzogiorno il termometro segna 39,1 ed alla sera 39,5. Il mattino seguente la temperatura è di 37,9, a mezzodì 38, la sera 38,1. Il mattino del 9, mentre il termometro segna 37,8 si pratica una seconda iniezione di mezzo cmc. dello stesso vaccino antitifico. A mezzodì la temperatura è di 37,3 e la sera 37,5. Si sono ripetute le iniezioni i giorni 11, 13, 15 iniettando 2/3 di cmc. ed 1 cmc. ed ottenendo l'abbassamento della temperatura a 36,6, 36,7, 36,9 nei giorni 13, 14, 15. In questo periodo i fenomeni meningitici regrediscono ed il paziente riprende la coscienza, la parola ed i movimenti. Il 17 la temperatura raggiunge di nuovo 38 a mezzogiorno.

La mattina del 18 si nota 37,8, a mezzodì 37,6, alla sera 39,3. Il mattino seguente il termometro segna 37,8, a mezzodì 38,5, la sera 39,3. Alle ore 15 s'inietta 1 cmc. di vaccino antitifico Sanfelice. Il giorno seguente si nota 38, 38,8, 39,4. Il giorno 21 si nota 38, 39, 40. Il 22 si nota 38,3, 38, 37,9. Il 23 si nota 38,8, 39,7, 39,3.

Il 24 mattina mentre continua la diarrea profusissima con temperatura di 38,9 alle ore 10 si pratica iniezione di 1 cmc. di vaccino antitifico. A mezzogiorno la temperatura sale a 39,8 e la sera segna 38,2. Nella notte il paziente presenta enterorragia. Il 25 si nota 38,3, 38,7 39,3. Il 26 con temperatura di 38,2 si pratica altra iniezione di 1 cmc. di vaccino. A mezzodì si nota 38,6, alla sera 38,8. Il giorno dopo si nota 37,8, 38,6, 39 ed il 28 si nota 37,4, 37, 38. Alle 17 si pratica altra iniezione di 1 cmc. di vaccino antitifico ed il giorno seguente si nota 37,6 a mezzodì e 38 la sera, mentre il 30 mattina la temperatura scende a 37. Alle ore 10 si pratica altra iniezione di 1 cmc. di vaccino antitifico e nella giornata il termometro sale a 38,7. La mattina seguente la temperatura è a 38, a mezzodì scende a 37 e la sera

(1) Il vaccino antitifico Sanfelice si prepara utilizzando parecchi stipiti di bacilli tifogeni isolati direttamente dal sangue d'individui affetti da febbre tifoide. Dalle colture in agar tenute in termostato 24-48 ore si raccolgono le patine e si sospendono in soluzione fenica al 0,5 %. Preparata la emulsione, avendo cura di sospendere ogni patina colturale in 10 cmc. di soluzione fenica, si aggiungono per ogni sospensione di 10 cmc. 2 cmc. di siero antitifico.

segna 37,2. Il 2 mattina con 37,8 si pratica iniezione di 1 cmc. di vaccino antitifico. A mezzodì il termometro segna 37,5 e la sera 38,2. Il 3 si nota 37,5, 37,4, 37,3. S'inietta altro cmc. di vaccino antitifico. Il giorno dopo la temperatura è di 37,1, 37, 37,4.

Il mattino del 5 il termometro segna 36,7 e la febbre non ricompare più. Il 21 dicembre il paziente lascia l'ospedale completamente guarito.

Dalle precedenti osservazioni si possono trarre le seguenti conclusioni:

1) La sieroterapia antitifica eseguita alla dose di 10 cmc. per iniezione tre volte a giorni alterni o con intervallo di 2 giorni, in 23 casi di febbre tifoide ha fatto osservare 16 guarigioni e 7 decessi, con una percentuale quindi di 68 guariti, 32 morti;

2) La vaccinoterapia antitifica Sanfelice praticata in 24 casi di febbre tifoide ha fatto notare 21 guarigioni e 3 decessi con una percentuale quindi di 87,4 guariti, 12,5 morti;

3) Se si confronta la cifra di 12,5 morti per cento avuta con la vaccinoterapia, con la cifra di 32,2 % di morti per febbre tifoide osservata in Carpi nel 1924, risulta chiaro il beneficio ottenuto dalla vaccinoterapia;

4) Dallo esame dei casi trattati con la vaccinoterapia appare chiaro come non siavi da temere alcun danno a carico dei pazienti, se si toglie una lieve eruzione cutanea e qualche dolore articolare in alcuni casi, manifestazioni che scompaiono in breve tempo senza lasciare alcuna traccia;

5) È consigliabile l'uso precoce del vaccino, come pure è consigliabile continuare le iniezioni anche dopo scomparsa la febbre per evitare le recidive. Ad evitare le recidive contribuisce anche la dieta liquida continuata almeno per 15 giorni dopo scomparsa la febbre.

NOTE DI TECNICA.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
direttore prof. P. L. BOSELLINI.

Tecnica, valore pratico e scientifico della microreazione di Meinicke

per il dott. GIUSTO SPICCA, assistente.

Il desiderio di avere un metodo sierodiagnostico per la sifilide valendosi di un quantitativo minimo di sangue, pare sia stato brillantemente soddisfatto dal Dohnal, il quale ha tentato di ridurre a metodo microscopico la M. T. R.

La tecnica è delle più semplici. Come strumentario, oltre il microscopio occorrono vetrini portaoggetti semplici, altri a goccia pendente, coprioggetti, un'ansa di platino del diametro di 5 mm. e una o meglio due di 0.02 mm.

L'estratto di Meinicke che serve per la M. T. R. si diluisce con soluzione salina al 3 % nelle stesse proporzioni che si adopera per la M. T. R. e cioè: 1:11, previo bagno-maria a 40:45° di entrambi cioè della soluzione salina e dell'estratto separatamente per un quarto d'ora.

Si prende un porta-oggetto comune e con l'ansa di platino di 0.05 su di esso si porta un'ansata dell'estratto diluito. Con l'ansa di 0.02 vi si aggiunge un'ansata del siero in esame, attivo e fresco. Si mescola il tutto ben bene poi si prende una goccia che si deposita sul mezzo di un vetrino copri-oggetto.

A questo punto si prende un porta-oggetti a goccia pendente e, unti con vaselina i margini della celletta, si adagia sul copri-oggetto contenente la goccia. Si capovolge il preparato e se non vi è entrata dell'aria è di già bello e pronto. Un'ora di attesa e si osserva al microscopio. Ci si serve di un oculare debole (n. 1 o n. 2) e di un forte obbiettivo a secco p. es.: il n. 6 o n. 7.

La reazione è negativa: Dopo un'ora si osserverà un campo ottico vuoto o quanto meno contenente degli scarsi punticini, lucenti, di grandezza varia, di irregolare forma, sparsi qua e là.

Dopo due ore il campo ottico rimane ancora vuoto e gli scarsi punticini lucenti sono sempre allo stesso punto e sempre della stessa grandezza.

Dopo 24 ore macroscopicamente si potrà vedere la goccia uniformemente grigia.

La reazione è positiva: Il campo ottico non è vuoto ed oltre ai suddetti punticini si vedranno dei veri flocculi. Andando dal margine della goccia al suo centro si troveranno dei flocculi uniformemente disposti ed i più grandi al centro.

Dopo due ore nelle reazioni fortemente positive si vede come i flocculi sieno divenuti più grandi e si sieno accostati sempre più verso il centro. I flocculi delle reazioni debolmente positive e che erano nella prima ora piccolissimi sono divenuti più grandi.

Se si lascia il preparato a temperatura ambiente per 24 ore tutti i flocculi si portano al centro e formano un agglomerato visibile ad occhio nudo come un punticino biancastro più o meno grande a seconda dell'intensità della reazione.

Come si vede l'operazione e la lettura sono delle più facili; soltanto devesi lavorare prestissimo e per la lettura occorre un po' di pratica.

Dovendosi esaminare più sieri le anse di platino verranno rapidamente lavate prima in acqua poi in alcool assoluto e infine passate alla fiamma per procedere ad un secondo preparato e così ad un terzo, quarto, ecc. È bene però di non praticare più di quattro-sei reazioni per volta perchè la manipolazione apparentemente semplice in pratica non è rapida come può essere rapido il comune pipettare ed allora la soluzione dell'estratto si altera tutto a svantaggio dell'andamento di una buona reazione.

È però possibile, volendo, praticare delle microreazioni in serie. In tal caso occorre stabilizzare la soluzione salina al 3 % con la soda. Da una soluzione madre di soda all'1 % si fa con una soluzione salina al 3 %, una diluizione di 1:60 o di 1:80 sì che il contenuto sodico sia di 1:6000 o di 1:8000. L'estratto diluito con una soluzione salino-sodica mantiene il suo optimum di freschezza e di inalterabilità per più di 20 m' ed allora lavorando sveltissimo, si può arrivare a preparare sino a 10-12 microreazioni, ma non certo di più. La diluizione dell'estratto non è più adoperabile quando pur restando di colore lattiginoso si intorbida da non più trasparire alla luce.

*
* *

Ho praticato la Microreazione di Meinicke su cento sieri a sei, otto per volta.

Le prime volte ho fatto seguire la microreazione alla M. T. R. Accertatomi della rispondenza esatta ho praticato in seguito la microreazione sempre prima e mai ho notato divergenze di sorta, sì che posso affermare che l'una reazione vale l'altra.

Per una tecnica esatta è assolutamente necessario:

1) la pulizia perfetta del materiale di vetreria. I vetrini grassosi, che si rivelano dal fatto che il liquido depostovi mal si distende, devono essere assolutamente rigettati. Per averli pulitissimi e privi di grasso devono essere sottoposti ad una buona insaponatura, lavati abbondantemente. in acqua corrente, passati all'alcool assoluto e infine all'etere. Nel servirsene avere l'avvertenza di non toccare con le mani che i soli margini;

2) che le anse sieno esattamente di 0.05 mm. e 0.02 rispettivamente;

3) lavorare sveltissimo e mai a temperatura inferiore a 20°, stare attenti di bene ungere tutta intorno la celletta di Koch del vetrino a goccia pendente sì che il copri-oggetto contenente la goccia da esaminare perfettamente aderisca impedendo l'entrata d'aria, la quale durante l'ora di attesa per l'osservazione prosciugherebbe la goccia·

4) di non lavorare mai in serie numerose perchè la diluizione salina od anche salina-sodica dell'estratto finirebbe per alterarsi;

5) al momento di servirsi del microscopio adoperare sempre un oculare di numero basso e un obbiettivo a secco di alto potere ottico e non dimenticare di abbassare l'Abbe, di ridurre l'iride ad un piccolo foro e di portare lo specchietto quasi orizzontalmente in modo che il campo ottico appaia quasi oscuro. I flocculi bianchi solo così saranno visibilissimi.

Per il prelevamento del sangue ci si serve di tubicini capillari. Dopo di avere punto con un comune ago sterilizzato il polpastrello di un dito o il lobulo di un orecchio, previo accurata disinfezione con alcool prima e etere poi, si accosta un capillare alla goccia di sangue che fuoriesce e che sale rapidamente entro il capillare. Riempito per due terzi e più il capillare si chiude alla fiamma l'estremità libera del capillare lasciando aperta quella di presa.

Il siero si deposita al fondo. Se deve operarsi subito, si può sottoporre alla centrifugazione avendo l'avvertenza di bene accertarsi che l'estremità libera del capillare sia stata ben chiusa alla fiamma altrimenti si rischia di non trovare più nulla dopo la centrifugazione. Il siero si raccoglie su di un vetrino portaoggetti ben pulito e di esso si prende poi un'ansata di 0.02 mm. per il preparato.

IMPORTANZA PRATICA E SCIENTIFICA. — L'importanza pratica riguarda generalmente le ricerche sierologiche nei soggetti infantili. Tutti sanno quale difficoltà si riscontri per la presa di sangue nei bambini piccoli e nei lattanti in ispecie. Impossibile la puntura delle vene della piega del gomito, si sono proposti la puntura della vena giugulare, delle temporali, delle frontali, il taglio nel calcagno, metodi eseguibili certo, ma richiedenti sempre un'asepsi scrupolosa ed un'assistenza più che pratica. Occorrendo invece per la microreazione

un quantitativo minimo di sangue basta pungere con un ago comune sterile il polpastrello di un dito e raccogliere con un capillare il sangue occorrente. Così anche può accadere che in un laboratorio possa giungere un campione di sangue estratto da una vena che abbia dato una quantità minima di siero, insufficiente per procedere con esso alle reazioni sierologiche comuni: si può con esso praticare la microreazione senza che si sia costretti di rifiutare il campione a scapito del sanitario che l'ha inviato e più ancora del paziente che sempre mal volentieri si sottopone ad un secondo salasso.

La microreazione è poi della massima importanza scientifica quando si pensi che giornalmente può praticarsi la reazione, non rifiutandosi mai il paziente di farsi pungere un dito; il che può essere utile per saggiare nell'individuo la efficacia terapeutica di un preparato.

BIBLIOGRAFIA.

DOHNAL. Dermatologische Wochen., 1923, n. 34.
MEINICKE. *Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Innsbruck im September*, 1924.
ID. *Tagung der Gesellschaft der Südwestdeutschen Dermatologen in Würzburg im Oktober*, 1924.
NIEDERWIESER. Wien. Klin. Woch. Ig. 37, n. 39, 1924.
RIETECHEL. Medizinische Klinik. 1924, n. 40.

RIVISTE SINTETICHE.

La vaccinazione antidifterica.

M. FABERI.

È nota l'importanza della difterite tra i morbi infettivi più insidiosi che minacciano l'umanità.

Per fortuna non tutti i soggetti che sono esposti al contagio contraggono la malattia, e già Trousseau aveva fatto tale constatazione, non essendo riuscito a riprodurre su se stesso e sui suoi assistenti l'infezione, portando delle membrane difteriche a diretto contatto delle tonsille.

In seguito, dopo la scoperta del bacillo difterico e delle sue tossine e antitossine, si provò che circa l'80 % dei neonati hanno nel siero di sangue sostanze antitossiche contro la difterite, e che tali anticorpi scompaiono in maniera notevole nei primi anni di vita, per riaumentare di nuovo nell'età matura (Wassermann, Fischl, Wunschheim).

Facilitare questo lavoro di difesa naturale e trovar la maniera di rendere stabile lo stato di immunità contro questa, come del resto contro le altre malattie infettive, è stato soggetto di ricerche minuziose e di studi accurati.

La storia della vaccinazione antidifterica è invero relativamente recente.

Uno dei primi ad occuparsi dell'argomento fu Djergowski (1902) il quale, iniettandosi sotto cute piccole quantità di estratti bacillari difterici, e introducendo nelle fosse nasali di altri soggetti dei tamponi imbevuti degli stessi veleni, dimostrò la comparsa nel sangue di quantità apprezzabili di antitossina. Tali ricerche furono confermate da Blumenan (1911).

Petruschky (1912) propose la vaccinazione per mezzo di unguenti in cui erano sospesi bacilli difterici morti. Ma fu solo nel 1913 che sembrò aperta una via più pratica alla vaccinazione antidifterica, per merito di Behring.

L'introduzione di tossina difterica attiva è infatti oltremodo pericolosa per l'organismo umano. Behring pensò opportunamente, basandosi sui precedenti lavori di Babes (1895), Park (1905) e T. Smith (1906) sugli animali, di utilizzare una miscela di tossina e antitossina. L'operazione restò tuttavia assai complicata e non scevra di pericoli, nonostante le numerose modificazioni apportate al vaccino originale di Behring.

La scoperta di Schick (1913) venne a buon punto a eliminare molte difficoltà, mettendo a portata del medico un metodo semplicissimo e fedele per riconoscere lo stato di immunizzazione e recettività verso la difterite.

Come si sa, la reazione di Schick consiste nell'iniettare nel derma una quantità di tossina difterica pari a 1/50 della dose minima letale per una cavia di 250 grammi, diluendo la tossina in soluzione fisiologica, in modo da avere una quantità di liquido da iniettare di 0,10-0,20 cmc. Nei casi positivi, dopo 24-48 ore, appare nel punto di iniezione un arrossamento cutaneo di 1/2-1 centimetro di diametro. Al 4° giorno la reazione è all'acme, la cute è infiltrata, di colore rosso-cupo, talora con una piccola vescicola. Poi l'infiltrazione scompare a poco a poco, lasciando una macchia pigmentata che desquama leggermente.

Vi possono essere delle pseudoreazioni con inizio precoce dopo 6-18 ore, con arrossamento diffuso che scompare al 3°-4° giorno. Talora alla pseudoreazione segue la reazione vera.

In sostanza, una reazione positiva denota che il soggetto ha nel siero di sangue una quantità di antitossina difterica inferiore a 1/30 di unità antitossica per cmc. Allorquando in un soggetto che ha presentato una reazione positiva si esegue una vaccinazione antidifterica appropriata, la reazione diviene negativa.

Park e Zingher di Nuova York, applicando il metodo sistematicamente come controllo, e dopo varii tentativi, hanno ottenuto una miscela tossico-antitossica leggermente iponeutralizzata, che i vaccinati sopportano assai bene.

Essi adoperano una tossina difterica maturata dopo permanenza di 12-18 mesi in ghiacciaia, e tale che 0,2-0,4 cmc. del veleno, uniti a una diluizione di siero antidifterico contenente 1 unità antitossica, uccidono in 4 giorni una cavia di 250 grammi.

Si è convenuto dire che tale tossina contiene una dose L + in cmc. 0,2-0,4. L'antitossina è poi rappresentata da un siero antidifterico concentrato, contenente da 12 a 1500 unità antitossiche per cmc. (Una unità antitossica di siero è capace di neutralizzare 100 unità tossiche di veleno). Le proporzioni della mescolanza devono essere tali che una dose L + di tossina corrisponda a circa 1 unità antitossica. In un cmc. della mescolanza preparata si contengono circa 3 dosi L + e 3,5 unità antitossiche.

L'immunizzazione è completa dopo 2-6 mesi, dopo 3 iniezioni sottocutanee di 1 cmc. della mescolanza suddetta.

Negli Stati Uniti di America, sotto l'impulso di Park e Zingher, e con la partecipazione attiva dei poteri pubblici, la vaccinazione antidifterica è praticata su larga scala, specialmente tra i bambini.

In Inghilterra e nel Belgio si usa lo stesso vaccino americano.

Nelle nazioni di lingua tedesca si ha tendenza ad impiegare piuttosto vaccini composti di miscele iperneutralizzate. In Olanda invece si adoperano delle miscele leggermente tossiche.

La scienza francese ha permesso di realizzare un progresso assai notevole, con la scoperta fatta da Ramon nel 1924. Questo autore, lavorando con miscele tossico-antitossiche, notò la comparsa di una flocculazione nel siero antitossico al quale veniva aggiunta della tossina. Conservando tale miscela alla stufa, dopo aver aggiunto del formolo per impedire possibili inquinamenti, provò ad inocularla nella cavia dopo un mese, e l'inoculazione non riuscì letale. Anzi, dopo tale inoculazione, la cavia si mostrò resistente a delle dosi parecchie volte mortali di tossina pura, non modificata. Si trattava dunque della scoperta di una tossina difterica modificata, che venne chiamata « anatossina ».

La preparazione dell'anatossina è in pratica semplice. Si addiziona alla tossina difterica il 3-4:1000 di formolo, e si lascia alla stufa a 40°-41° per un mese.

Una cavia che riceve sotto cute un cmc. di anatossina resiste, un mese più tardi, a 100 unità tossiche. Inoculata di nuovo con un altro cmc. di anatossina, resiste, qualche giorno più tardi, a parecchie migliaia di unità tossiche. Resultato questo tanto più notevole, per quanto è praticamente impossibile immunizzare una cavia con la tossina difterica pura.

Praticamente, il primo resultato utile si ebbe nella vaccinazione dei cavalli produttori di siero antidifterico. Da qui si passò poi all'applicazione nell'uomo (Ramon, Darré, Roubinovitch, Loiseau e Lafaille, Lereboullet e Joannon).

Nei bambini si fa una iniezione sottocutanea di mezzo cmc. e, dopo 3 settimane, se ne pratica un'altra di 1,5-2 cmc.

La reazione è spesso assai vivace, specie dopo la seconda iniezione, e la febbre può sorpassare i 39°; ma non vi è alcun pericolo, e tutto scompare rapidamente.

L'immunità che si ottiene è quasi immediata e, in parecchi casi, una settimana dopo l'iniezione già il 40 % dei soggetti vaccinati presenta una reazione di Schick negativa. Sei settimane dopo, il 100 % dei soggetti non reagisce più.

L'importanza del metodo è quindi evidente, e sebbene ancora non si possa con precisione dire quanto l'immunità così prodotta duri, è ovvio che, considerando la resistenza del bacillo difterico negli individui e negli ambienti infetti, la vaccinazione offre la possibilità di arrestare senza meno il dilagare delle epidemie di difterite.

La posizione del siero antidifterico, usato come profilattico, non è pertanto scossa, perchè si comprende che, allorquando urge immunizzare rapidamente un soggetto esposto al contagio, bisognerà ancora ricorrere ad esso, praticando nello stesso tempo anche la vaccinazione, che non ha effetto così effimero come il siero.

In Francia è stato introdotto anche un altro metodo di vaccinazione antidifterica, per merito di J. Renaut e P. Lévy, basato sull'impiego di una miscela tossica-antitossica iperneutralizzata; ma il periodo che intercorre tra l'iniezione e la comparsa dell'immunità è con tale metodo notevolmente più lungo di quello di Ramon, giungendo a circa sei mesi.

Resultati notevoli sembra invece che si siano ottenuti con tale miscela usata a scopo terapeutico, sia nei casi di difterite acuta, che nei casi di paralisi post-difteriche.

Tra le statistiche che cominciano ad essere pubblicate sui resultati della vaccinazione, in occasione di epidemie insorte in comunità d'individui, è interessante quella di Chr. Zoeller, medico militare, che si trovò a combatterne una seria nell'estate 1924 nella guarnigione di Magonza. Mentre tra i non vaccinati si ebbe una morbilità dal 2 al 4,3 %, tra i vaccinati si ebbe un caso di malattia, del resto assai lieve, tra 41 soggetti che avevano ricevuto una sola iniezione (2,04 %) e nessun caso in 102 che avevano ricevuto due iniezioni.

In Italia non si è ancora fatto molto sull'argomento. Non bisogna pertanto dimenticare il contributo portato da vari autori nostri, tra cui Bandi e Gagnoni, che studiarono una speciale linfa vaccinica e dei siero-vaccini antidifterici; e Sivori e Costantini che immunizzarono *per os* gli animali con una miscela tossico-antitossica fortemente iponeutralizzata, prodotta direttamente dall'organismo animale.

L'importante argomento fu poi ampiamente discusso sulla base di studi ed esperienze (Tron, Pinckerle, ecc.), nel X congresso pediatrico di Milano.

Speriamo che non sia lontano il giorno in cui anche la pratica vaccinica antidifterica entri nell'uso corrente di tutti i medici, per la difesa e la salute dell'umanità.

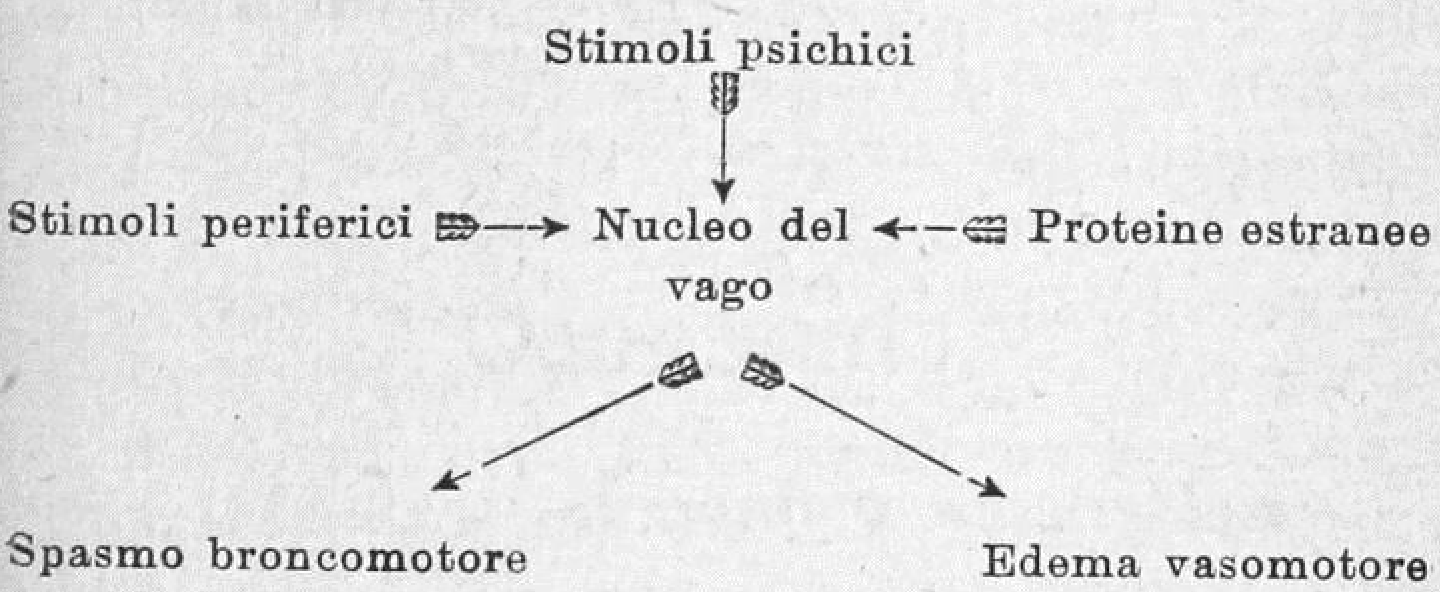
SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Trattamento dell'asma.

(W. L. BROWN. *British Medical Journal*, 29 agosto 1925).

L'asma è dovuta ad una condizione di instabilità ed irritabilità della porzione broncomotoria e vasomotoria del nucleo del vago, che tende a reagire abnormemente agli stimoli psichici o periferici, o a proteine estranee penetrate nel circolo sanguigno. Questa reazione può essere espressa graficamente così:



Per quel che riguarda gli stimoli psichici va rilevato che l'asma spesso si riscontra in intere famiglie neuropatiche e che gli asmatici sono individui abnormemente suggestionabili. In questi soggetti stimoli esterni del tutto indifferenti per individui normali possono determinare accessi di asma. Questi possono essere espressione anche di conflitti psichici e costituiscono allora veri sintomi isterici, come le paralisi, le anestesie, le convulsioni.

È ben nota l'azione asmogena degli sforzi oculari, della febbre da fieno e altre affezioni nasali, delle sinusiti, dei disturbi gastro-intestinali, delle affezioni uterine. Al riguardo hanno anche importanza l'ingrossamento delle glandule peribronchiali, le irritazioni della pleura; Baccarini trovò che la toracentesi può provocare accessi di asma. Tali irritazioni periferiche possono provocare anche crisi epilettiche: l'asma si può considerare un'epilessia localizzata.

Vi sono alcune proteine estranee per le quali l'organismo non ha acquistato ancora l'immunità, e che sogliono provocare anafilassi. Richet ha definito l'anafilassi la tendenza della razza ad opporsi all'adulterazione del proprio protoplasma. Nei gradi estremi lo shock anafilattico è mortale perchè l'assimilazione delle sostanze estranee produrrebbe un'alterazione troppo profonda dei tessuti. Nelle forme meno gravi l'anafilassi si estrinseca con violenti tentativi di eliminazione dell'invasore. L'asmatico presenta una sensibilità verso queste sostanze per cui altri si dimostrano indifferenti. Queste sostanze possono essere costituite da emanazioni di gatti, cavalli, rose ed altri fiori, penne, funghi, che non sono per sè stesse tossiche. La speciale sensibilità dell'organismo verso queste sostanze si saggia con la reazione cutanea provocata dall'inoculazione intradermica delle sostanze stesse. Gli asmatici presentano spiccata sensibilità per parecchie di queste sostanze. Ancona in un'epidemia d'asma verificatasi in un villaggio presso Firenze trovò che quell'anno il grano era infestato da un parassita: tutti coloro che maneggiavano quel grano presentavano eczema, orticaria o asma. Leeuwen in una piccola isola della Zelanda studiò un'endemia di asma, da cui era colpito circa l'1 % della popolazione. Trovò nel grano acari e funghi che sensibilizzavano un numero notevole di abitanti producendo asma. Coloro che emigravano guarivano ma riavevano nuovamente accessi poco dopo tornati in patria. Le crisi di asma si potevano evitare con la semplice precauzione di otturare le fosse nasali con batuffoli di ovatta.

Alcune delle sostanze asmogene sono nettamente tossiche: possono essere tossine derivanti da infezioni delle vie aeree superiori, tossine luetiche, ecc.

Le idiopatie tossiche sembra siano sotto il controllo del sistema parasimpatico, che sopraintenderebbe alla funzione di assimilazione delle sostanze favorevoli e di eliminazione delle sostanze sfavorevoli all'organismo. Eccita i processi secretori e muscolari della digestione, provoca lo svuotamento della vescica e del retto, e può far rigettare gli alimenti dallo stomaco a mezzo del vomito. La produzione del catarro bronchiale e della tosse costituisce un altro mezzo di eliminazione di sostanze nocive, ed è interessante

il fatto che i farmaci che sono espettoranti in piccole dosi, sono emetici a grandi dosi.

L'asmatico è un vagotonico ed è suscettibile di altre manifestazioni di vagotonia. Questa può essere relativa nel senso che la condizione può essere dovuta sia ad ipereccitabilità del vago come ad ipoeccitabilità del simpatico suo antagonista. Uno dei modi con il quale il simpatico esplica la sua funzione protettrice consiste nell'attivazione delle glandole endocrine che aumentano il tasso di glucosio nel sangue, ed in effetti nell'asma v'è ipoglicemia. L'anafilassi è associata alla vagotonia e la condizione opposta ossia l'immunità è associata alla simpaticotonia. Non di rado l'ipodrenalismo segue o accompagna l'anafilassi, mentre d'altra parte l'adrenalina ha un'influenza benefica nello shock anafilattico e nell'orticaria. Hurst ritiene che le idiopatie tossiche, l'asma compresa, producano i loro effetti deprimendo l'attività surrenale. Analogamente si possono spiegare le crisi d'asma consecutive alle fatiche e alle emozioni. L'iperattività delle fibre broncocostrittrici del vago è bilanciata dall'azione broncodilatatrice del simpatico eccitato dall'adrenalina. Così si spiegherebbe perchè un'iniezione d'adrenalina o uno spavento suole arrestare un accesso d'asma. Una analoga azione sull'asma avrebbero le altre glandule endocrine cooperatrici del simpatico, la tiroide, il lobo posteriore dell'ipofisi, le ovaia.

In generale si può dire che l'asma può verificarsi nei soggetti predisposti quando la bilancia endocrina pende in direzione del vago, e che ristabilendo l'equilibrio rinforzando il simpatico si può prevenire o arrestare gli accessi.

La pelle senza dubbio ha funzione escretrice: l'eritema non è raro nell'uremia: gli esantemi infettivi, che hanno analogie con l'esantema anafilattico, hanno il significato di tentativo di eliminazione di tossine da parte della cute. È interessante il fatto che spesso gli accessi di asma si alternano con eruzioni eczematose.

Il laringismo stridulo è considerato come un equivalente di asma infantile. Tanto nelle affezioni cutanee che nell'asma v'è eosinofilia.

Le considerazioni etio-patogenetiche su accennate costituiscono un indirizzo sufficientemente preciso per un adeguato trattamento.

In rapporto ai vari fattori generatori dell'asma si tenterà la suggestione, l'eliminazione di ogni processo irritativo periferico specie di quelli localizzati nelle vie aeree superiori, la desensibilizzazione, il ripristino del bilancio vago-simpatico a favore di quest'ultimo, l'igiene generale.

La desensibilizzazione specifica offre molte difficoltà per la identificazione della proteina specifica. Possono praticarsi le iniezioni di tubercolina a dosi iniziali deboli e poi gradatamente sempre più forti. Leeuwen ha adoperato tubercolina con latte e zolfo in 300 casi ed ha ottenuto il 50 % di guarigioni e il 30 % di miglioramenti. Occorre ben proporzionare la dose sensibilizzatrice adatta per ogni caso. Auld ha adoperato largamente le iniezioni di peptone ed assicura con successo.

I tamponi di ovatta applicati nelle fosse nasali sembrano che diminuiscano gli accessi: d'altra parte l'estratto ottenuto da tali tamponi può essere adoperato come sostanza desensibilizzatrice.

Il cambiamento di clima spesso è giovevole; più vantaggioso è il soggiorno in montagna.

Molto utili sono le cure arsenicali. La belladonna è il farmaco più efficace per calmare la crisi; agisce paralizzando le terminazioni del parasimpatico. L'adrenalina e la cocaina invece agiscono eccitando il simpatico, e ristabilendo così l'equilibrio vago-simpatico. La somministrazione di adrenalina insieme a pituitrina, riesce più efficace. Secondo Hurst gli stati asmatici non cessano se non con iniezioni ripetute di adrenalina. Le inalazioni d'ossigeno talvolta arrestano la crisi.

Anche le cure prolungate d'iodio sono vantaggiose, forse perchè l'iodio eccita l'attività della tiroide e per tal via stimola il simpatico.

Gli asmatici devono condurre una vita regolata. Nutrirsi bene, ma non con alimenti che ingombrano e dilatano lo stomaco. Evitare le droghe eccitanti e l'alcool. Vivere quanto più è possibile all'aria aperta ma senza esporsi al vento. Dormire in camere ampie. Evitare la fatica intellettuale e gli sforzi fisici, praticare una metodica ginnastica, specie respiratoria. DR.

CHIRURGIA.

Epitelioma mammario segregante.

(DELBET e MENDARO. *La Presse médicale*, n. 34, 1925, p. 553).

Delbet con la collaborazione di Mendaro ha fatto una revisione dei suoi 200 operati di cancro della mammella dal 1908 in poi, confrontando un accuratissimo studio istologico con dati clinici per desumerne fattori di gravità e fattori di benignità. In alcuni cancri cubo-cilindrici ha notato l'esistenza di secrezione, e rapportando i dati clinici con le note di secrezione delle cellule cancerigne, ha riconosciuto che con questa coincida l'evoluzione benigna.

Ha perciò distinto gli *epiteliomi segreganti* nei quali la presenza di *sostanze* di natura *albuminoi-*

dea, colorate con le usuali tecniche, e che si rivelano sotto l'aspetto di un colorito giallastro più intenso del citoplasma; oppure *secrezioni mucose*, colorate esclusivamente col mucicarminio. Vi sono dippiù delle secrezioni miste le quali prendono tanto la colorazione delle sostanze albuminoidee che mucose, o piuttosto una tinta intermediaria, e queste si possono dire *albumino-mucose* o *mucoso-albumine* secondo che predomini l'uno o l'altro.

Con lo studio di 50 casi di cancro della mammella, 21 hanno rivelato l'esistenza di secrezioni: in 1 caso completamente albuminoidea, in 4 casi albumino-mucosa, in 6 puramente mucosa.

La secrezione mucosa in alcuni casi resta intracellulare, presentandosi come diffusa sulla cellula o sotto l'aspetto di gocciole intra-cellulari o di bolle o di piastre, o alla periferia, dando l'aspetto di cappello.

In altre condizioni pur essendo intra-cellulare la mucina è situata ai due poli delle cellule, come prodotto di escrezione. In altri casi la sostanza mucoide è espulsa nelle cavità che ricordano gli acini glandolari: secrezione esocrina, e si trova nella rosetta, nei tubuli, nelle fessure. Si ha una secrezione endocrina quando poi la polarità inversa delle cellule e la sostanza mucoide passa nel tessuto connettivo, costituendo l'epitelioma colloide, rari nelle mammelle (4 casi).

La secrezione mucoide abbondante in alcune zone diminuisce laddove il tessuto va divenendo sempre più canceroso. In tre casi era abbondante nelle zone di passaggio, spariva nelle zone di infiltrazione.

Riguardo alle prognosi gli AA. possono desumere che nei 50 casi ebbero una mortalità del 31.2 %, globalmente considerati. Dei 29 non segreganti, di 20 essendosi seguito l'esito dopo 4 anni, 10 morirono (50 %). Dei 21 epiteliomi segreganti 4 operati recentemente sono stati perduti di vista; 3 sono stati operati dopo meno di 2 anni e stanno bene; 13 sono stati seguiti per più di 3 anni, e nel corso del 4° anno di essi 1 aveva una recidiva, e 12 erano in perfetta salute.

Da ciò si desumerebbe che gli epiteliomi mammarii segreganti hanno una particolare benignità. Di poi di 10 ammalati di quest'ultima categoria seguìti in 5 anni, 2 sono morti, 8 stanno bene. Di quelli seguìti dopo 6 anni, 5 erano sani, e di questi 1 era operato da 11 anni, ed 1 aveva metastasi vertebrale dopo 13 anni. Dei 2 recidivati 1 (dopo 13 anni) aveva un epitelioma parzialmente segregante; nei 2 casi di epitelioma segreganti venuti a morte gli epiteliomi avevano invaso direttamente i vasi sanguigni: *epiteliomi emofili* secondo Delbet. Di tutti i 21 casi di epiteliomi segreganti, 3 erano emofili, con una sopravvivenza di 4 anni e più dall'operazione. La qualità delle cellule cancerigne ha prolungato la sopravvivenza, ma non ha soppresso il fattore gravità derivante dall'emofilia.

Gli epiteliomi segreganti sono poco tonici, hanno lenta evoluzione, poca tendenza alle metastasi gangliari e generali. I meno atti alle metastasi sono i mucoidi e per frequenza vengono inversamente gli albuminomucoidi e gli albuminoidei. In merito riferisce Delbet che i mucoidi intracellulari (9) nessuno diede metastasi. Riguardo all'evoluzione locale tali tipi di tumori hanno, si può dire, malignità locale. Tali nozioni sono guida per la prognosi, favorevole in tale specie di tumori, e per l'estensione delle indicazioni operatorie, delle quali può essere guida una biopsia preoperatoria.

JURA.

IGIENE.

L'approvvigionamento del latte nei rapporti con la salute pubblica.

(SIR R. PHILIP. *Edinburgh Medical Journ.*, maggio 1925).

Un'*abbondante* provvista di latte *puro* costituisce una necessità per il benessere della nazione ed i medici conoscono gli svantaggi ed i pericoli che vengono rispettivamente dalla scarsità e dalla poca purezza del latte. Entrambi gli aspetti del problema, dell'abbondanza come della purezza, sono importanti e le deficienze che si sono venute verificando in essi hanno gradatamente condotto ad una vera questione del latte, che ha occupato la seduta della Società medico-chirurgica di Edinburgo in cui venne fatta la comunicazione dell'A. La stessa Società se ne era occupata fin dal 1914, specialmente dal punto di vista della possibile trasmissione della tubercolosi insistendo presso i soci perchè raccomandassero alle famiglie la bollitura del latte e presso le pubbliche Amministrazioni perchè si emanassero provvedimenti in proposito. Il Parlamento emise, di fatto nel 1914 delle disposizioni che dovrebbero venire applicate e che comprendono: l'istituzione di veterinari ispettori, la registrazione di tutte le latterie, l'ispezione ufficiale di tutte le cascine e di tutti i bovini da parte dell'ispettore veterinario da estendersi a tutti i distretti da cui proviene il latte, la denuncia delle mucche infette e le penalità per chi ne venda il latte, la denuncia da parte del lattaio di ogni caso di malattia infettiva nella casa sua o dei

suoi dipendenti e l'esclusione di individui affetti od in contatto con malati infettivi.

Un Atto del Governo autorizza poi la Scozia ad applicare la gradazione e la pastorizzazione del latte. Per quanto riguarda la prima sono stabiliti tre gradi e cioè:

1) *Latte con certificato.* Deve provenire da mucche che hanno subìto la prova alla tubercolina, la quale va estesa a tutta la mandria e va ripetuta ogni sei mesi; tutta la mandria va poi visitata dal veterinario tre volte l'anno ed ogni animale nuovo che vi si introduce va pure visitato e provato. Il latte deve venir messo in bottiglia dallo stesso produttore e così venduto. Deve avere un contenuto massimo di 30,000 germi per cmc. con 10 organismi coliformi (1 al massimo per cmc. 0.1). Deve contenere almeno il 3.5 % di grasso di latte. Va escluso ogni trattamento con il calore.

2) *Latte di grado A* (con prova alla tubercolina). Deve sottostare alle stesse condizioni per la tubercolina e per il riscaldamento come quello con certificato; soltanto è permesso un numero maggiore di germi, non più di 200,000 per cmc., con 100 organismi coliformi (1 in cmc. 0.01).

3) *Latte di grado A.* Deve sottostare alle stesse condizioni del precedente; soltanto che non si richiede la prova alla tubercolina e la visita alle mucche può essere fatta ogni sei anzichè ogni tre mesi.

4) *Latte pastorizzato.* Deve esser tenuto per almeno mezz'ora a 63°-65° e subito raffreddato a 13°. Il trattamento va fatto una volta sola. Contenuto massimo di germi: 100,000 per cmc. con 10 organismi coliformi. I recipienti devono portare chiara l'indicazione che si tratta di latte pastorizzato.

Attualmente, nella Scozia, le licenze concesse per la produzione di questi tipi di latte sono di 9 per il primo, 19 per il secondo, 5 per il terzo; la pastorizzazione si applica per un terzo del latte che si vende ad Edinburgo.

Lo scopo che si propone questa gradazione è quello di ottenere un latte puro, con l'applicazione dei metodi asettici che sono importanti per il produttore come per il consumatore. Le deficienze in questo senso portano per il primo dello sciupìo e delle perdite economiche, per il secondo una riduzione nella qualità, come nel valore fisiologico e la possibilità di infezione. È inutile insistere su questi punti e sulla convenienza di avere a disposizione del latte fresco e non già sottoposto a qualsiasi procedimento di conservazione.

La composizione del latte di mucca presenta qualche differenza da quella del latte di donna, in quanto che il primo è più ricco di proteine (2.5-4 % invece di 0.7-1.5 %), più povero di lattosio (3.5-5 %, invece di 6-7.5 %) mentre entrambi hanno la stessa quantità di grasso (3-4 %). Evidentemente la composizione del latte di mucca è soggetta a considerevoli variazioni.

Per quanto riguarda il contenuto batterico, l'A. osserva che il latte di una mucca perfettamente sana, che vive in un ambiente adatto e munito con le precauzioni di asepsi deve essere privo di germi. D'altra parte però il latte è un mezzo molto conveniente per la moltiplicazione dei microrganismi. Esso può essere contaminato prima di uscire dalla stessa mammella per infezione della mucca, specialmente per tubercolosi ed è in seguito continuamente soggetto ad ogni sorta di contaminazione dovuta a mancanza di pulizia. Secondo i dati esposti dall'A., si calcola che il 50 % del bestiame che fornisce il latte nella Scozia sia tubercolotico e che il 2 % almeno si trovi in stato avanzato con compartecipazione della mammella da cui arriveranno quindi nel latte dei bacilli tubercolari. È quindi necessario provvedere ad eliminare tale sorgente d'infezione sia escludendo dalla mandria il bovino riconosciuto tubercolotico, sia allontanando subito dalla madre tubercolotica il vitello appena nato in modo da avere così due mandrie l'una formata da bestiame che reagisce alla tubercolina, l'altra da bestiame immune. Spetta poi al produttore di far sì da diminuire la prima a vantaggio della seconda.

Le occasioni di contaminazione del latte dalla mammella della mucca alle labbra del consumatore sono, si può dire, infinite. Un alimento, quale è il latte, di cui il valore consiste nella purezza è invece esposto ad essere ad ogni momento contaminato. La salute della mucca, a parte un'infezione diretta, può soffrire per il fatto che sta troppo rinchiusa e per l'insufficiente cubatura, nonchè per la sporcizia della stalla. La pulizia, nel senso asettico, non è certamente nella mente del contadino e tanto meno del lattaio che, per la maggior parte sono ignoranti e trascurati. Alla mancanza generale di pulizia, si devono aggiungere (ma *sotto voce* aggiunge l'A.) certe abitudini sudicie che si sono venute formando, fra cui quella ripugnante di inumidire le dita con la saliva per rendere più efficace la mungitura. Non si pensa nemmeno alla pulizia della mucca o dell'ambiente e quella del recipiente in cui si raccoglie il latte è del tutto insufficiente; tale recipiente è di forma inadatta e permette facilmente l'entrata ai germi. Da esso il latte viene travasato in altri, ugualmente di dubbia pulizia (talvolta addirittura dei barili) senza che si

pensi nemmeno al raffreddamento. I centri di produzione come di distribuzione del latte sono poi spesso insalubri. Anche l'imbottigliamento che sembrerebbe dare una certa garanzia non è spesso che una lustra e viene fatto non raramente durante la stessa distribuzione in città da un uomo sudicio che trasporta del latte dubbio da un recipiente dubbio ad una bottiglia dubbia e chiude quest'ultima con un cappuccio che ha tenuto fino ad allora nelle sue tasche o che tiene magari fra i denti nel frattempo che riempie la bottiglia. Il risultato finale è un vero « sepolcro imbiancato ».

A questo elenco doloroso si aggiungano i metodi erronei di conservazione del latte da parte del consumatore: ancora dei recipienti dubbi e l'esposizione ad ogni sorta di contaminazione.

Tutto questo deve scomparire.

Si deve incominciare dall'ispezione veterinaria di tutte le mandrie da condursi con direttive emananti dal centro in modo da impedire che un animale tubercolotico venga trasferito dall'una all'altra mandria; è inoltre desiderabile che si applichi più diffusamente la prova alla tubercolina.

La vita della mucca deve sottostare alle direttive della fisiologia, tenendo in considerazione anche tutto l'ambiente in cui essa vive, eliminando le stalle dal centro delle città ed ababbandonando certi vecchi pregiudizi quale quello che la mucca dia un rendimento maggiore tenendola in una stalla calda.

Chi lavora nella cascina deve essere istruito sulla necessità e sul significato della pulizia, mirando allo scopo di ottenere dei veri metodi di asepsi con la scrupolosa pulizia del personale e la sterilizzazione di tutti gli oggetti usati. Si deve insistere sulla necessità del raffreddamento del latte e limitare allo stretto necessario il tempo fra la mungitura e la distribuzione al consumatore. Bisogna poi assicurare una provvista più abbondante di questo alimento tanto utile e necessario; l'A. fa rilevare, a questo proposito, che il consumo giornaliero di latte a testa nella Gran Bretagna è meno della metà di quello che si fa agli Stati Uniti.

Per assicurare tutti questi « desiderata » è necessario convincere la popolazione della necessità di avere un latte in quantità sufficiente e di ottima qualità, facendo vedere i pericoli che si corrono con un latte poco pulito. Si potrebbe anche adottare un sistema come quello vigente agli Stati Uniti, dove il venditore espone pubblicamente il contenuto del latte in grasso ed germi.

Bisogna anche educare e convincere il produttore a cui si può dimostrare che il latte puro può benissimo essere prodotto e distribuito sulla base commerciale e che si possono tenere delle mandrie del tutto prive di tubercolosi. Esso deve persuadersi ad eliminare le mucche che danno un latte povero per la quantità e per la qualità e si deve mettere in testa che le mucche, al pari degli esseri umani, vanno tenute in condizioni fisiologiche, facendo loro fare una vita molto più all'aperto di quanto non si faccia finora e fornendo ad esse degli alimenti freschi. La costituzione di una mandria perfettamente sana ed un trattamento adatto del latte dalla mammella della mucca alla bocca del consumatore può essere per lui redditizio.

Va esaminato e migliorato di molto anche il problema dei trasporti che è di grande importanza nella sempre più crescente tendenza alla urbanizzazione e si deve fare la più attiva propaganda nella popolazione perchè si consumi il latte fresco e non si ricorra, come si fa purtroppo sovente, il latte secco, condensato od in scatole il quale è esiziale specialmente per i bambini.

La pastorizzazione, se fatta bene e sui metodi non tutti sono concordi, dà un latte che non differisce da quello fresco, dal punto di vista della qualità nutritiva. Come è fatta oggi invece non offre nessuna garanzia ed è invece un mezzo per coprire la sporcizia con cui si tratta il latte. Comunque, essa non può essere accettata che come una misura provvisoria fino a che non si potrà ottenere un buon latte fresco.

L'A., oltre ad invocare degli opportuni provvedimenti legislativi, insiste perchè i medici si occupino seriamente della questione, persuadendo le famiglie anzitutto all'allattamento al seno dei bambini, e convincendole della necessità di provvedere un buon latte, di conservarlo bene e di sterilizzarlo prima dell'uso facendolo bollire o tenendolo per una mezz'ora a 70°. Sono questi i requisiti minimi ai quali non si può derogare sotto pena di gravi danni.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

DELHERM e MOREL KAHN. *Les principales positions utilisées en radiographie.* Maloine, éd. Parigi, 1925, 252 pagine, 134 fuori testo. Franchi 25.

Gli AA. come premettono al loro lavoro hanno voluto scrivere un libro pratico destinato non al solo specialista ma anche al medico che voglia dedicarsi alla parte radiografica. Ogni regione del corpo da radiografare costituisce l'argomento di un capitolo: nella pagina di contro è fotografata la malata nella dovuta posizione e la posi-

zione rispettiva da dare all'ampolla; al disotto l'immagine radiografica che si ottiene.

La descrizione della posizione nel testo è seguita da un commento sui risultati che la relativa posizione può portare e sulle indicazioni relative alla posizione stessa. Accanto alle posizioni classiche han trovato largo posto anche proiezioni meno conosciute. Il libro nella sua novità può riuscire indubbiamente utile raccogliendo in piccola mole cognizioni ampiamente trattate nei libri classici di radiologia.

E. MILANI.

HANS MEYER. *Lehrbuch der Strahlentherapie*. Volume I. Urban e Schwarzenberg, Berlino, 1925, 1158 pagine, 362 figure, 6 tavole a colori. 48 marchi.

Il libro che M. pubblica rappresenta il primo di una collana di volumi in corso di pubblicazione e dedicati alla attinoterapia in genere e in particolare alla radioterapia. Questo primo volume riguarda i fondamenti della radioterapia e alla compilazione del volume hanno partecipato i più noti radiologi: Holzknecht (lo sviluppo e l'impiego della radioterapia); Dorn (la fisica della elioterapia); Wahle (i fondamenti dell'attinoterapia e le sorgenti di raggi ultravioletti); Keller (dosaggio e dosimetria della luce ultravioletta); Holthusen (la fisica dei raggi X, le misure della qualità e della quantità dei raggi); Dessauer e Brenziger (apparecchi e tubi roentgen); Hahn (le sostanze radiottive e le loro proprietà); Becker (la fisica dei mezzi di misura radioattivi); Simpson (la tecnica nell'impiego delle sostanze radioattive); Hausmann (biologia e patologia della luce); Heinecke e Perthes (l'azione biologica dei raggi X e del radium); Opitz, De la Camp, Dessauer (fondamenti biologici per la terapia del cancro della tubercolosi e fondamenti per la terapia profonda); Strauss, Bucky, Lorey (danni dei raggi X e del radium; mezzi di protezione, ecc.).

Basta la semplice numerazione dei capitoli e i nomi degli AA. per comprendere l'importanza della pubblicazione del Meyer; il libro naturalmente aggiornato sulle questioni più importanti rappresenta uno dei libri più moderni rispetto a libri analoghi già pubblicati in Germania. Il libro è naturalmente, per il modo di trattazione, dedicato allo specialista in materia il quale potrà trovare raccolti nella pubblicazione del Meyer tutte quelle nozioni più moderne in fatto specialmente di terapia, oggi sparse in molte pubblicazioni.

E. MILANI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

I Congresso Internazionale della Malaria

(Roma, 4-6 ottobre 1925)

La seduta inaugurale del congresso ha avuto luogo il 4 ottobre al Campidoglio. Erano presenti tutti i rappresentanti del Governo. Al banco d'onore hanno preso posto il Presidente del Consiglio, S. E. MUSSOLINI, il R. Commissario sen. CREMONESI, il conte SUARDO, segretario di Stato alla Presidenza, il ministro dell'interno prof. FEDERZONI, i professori ASCOLI, NAZZARI, BASTIANELLI, MESSEA, direttore generale della Sanità Pubblica, il dott. SELLA, il prefetto DÀNCORA, e il rappresentante del rettore dell'Università di Roma.

La seduta è aperta alle 10 antimeridiane.

Il sen. CREMONESI pronuncia un discorso in cui porta il saluto di Roma a tutti gli scienziati intervenuti al Congresso, ricorda le opere compiute nell'antichità fino ai giorni nostri per la lotta contro la malaria, enumera gli illustri maestri che dettero la loro opera a questo scopo, da Lancisi e il Gesuita Espagnol fino a Marchiafava, Celli e Grassi.

Parla dell'opera indefessa dell'organizzazione antimalarica e dell'azione coordinata del Governo e del Comune. Termina augurandosi che sormontando gli ostacoli che vi si frappongono Roma possa registrare una nuova e suprema vittoria anche in questo campo.

Prende dopo la parola S. E. MUSSOLINI, esprimendo tutto l'interesse che il Governo dedica a questo Congresso, ricorda come il lavoro fatto nell'ultimo quarto di secolo intorno alla malaria rappresenti un vivo esempio di collaborazione internazionale specialmente per opera di quattro grandi nazioni, la Francia, l'Inghilterra, gli Stati Uniti e l'Italia. Però il problema pratico resta ancora aperto e a questo sembra sopratutto tendere il Congresso attuale. Menzionando tutto ciò che lo Stato ha fatto e intende fare nella lotta contro la malaria, si augura che dall'opera del congresso derivino risultati importanti allo scopo di attenuare i danni attuali della malaria e di facilitare le grandi opere che occorrono per il risanamento. Con questi auguri e con questa speranza porge il benvenuto e si dichiara felice di inaugurare i lavori del Congresso.

Il sen. MARCHIAFAVA, il decano fra i grandi malariologi, ha parlato all'assemblea, salutandoli in Roma, l'augusta per i suoi storici ricordi, ed ha mostrato che nei campi dell'antica coltura e le vedute dei romani si avvicinavano ed armonizzavano con i concetti moderni. Ha citato ampiamente i classici, da Varrone che aveva concepito l'idea che la malattia fosse causata da minuscoli impercettibili animali che arrivavano al corpo per la bocca o per il naso, e da altri scrittori che avevano già associato al morbo l'influenza delle paludi e accennando alle profonde

conoscenze sulla febbre negli scritti di Celso. Indi parlando dei grandi clinici dei secoli scorsi, ha rammentato come Lancisi in Roma aveva già accusato le zanzare di essere implicate nelle cause della malattia; e anche Torti di Modena per i suoi chiari concetti clinici, e per la sua grande fiducia nell'uso della china. Ha rievocato pure l'opera di Guido Baccelli, nei suoi lavori clinici riguardanti la malaria; e dopo la scoperta di Laveran, i progressi conseguiti dai suoi studi con Celli e Bignami, oltre a quelli di Golgi; gli studi del ciclo exogeno con Ross, Grassi, Bignami e Bastianelli; così le scoperte degli ultimi 45 anni venivano a riallacciarsi alle intuizioni degli antichi osservatori. Riferendosi alle condizioni in Italia e ai danni e rovine in cui erano caduti i luoghi dove già un tempo fioriva la potenza di Roma, ha reso omaggio al nome di Angelo Celli, alla cui influenza tanto deve la legislazione malarica in Italia. Ha grande fiducia nel futuro, e in una migliore cooperazione di tutte le forze che lavorano contro il morbo. E riferendosi al discorso del capo del governo, in cui era riconosciuto che la malaria è una malattia sociale, per cui qualunque spesa dello Stato si risolve in una economia, termina con l'antico detto di Catone: «ex agricolis viri fortissimi et strenuissimi milites gignuntur».

*
* *

Nella seduta preparatoria dei delegati nel pomeriggio si era proceduto alle elezioni dei presidenti e del Consiglio secondo la seguente lista:

Germania: dott. Nocht; Inghilterra: James; Francia: Marchoux; Stati Uniti: Thayer; Italia: Castellani; Argentina: Perez; Brasile: Chagas; Turchia: Assim Ismail Bey; Jugoslavia: Ivanic; Belgio: Van Campenhout; Portogallo: dott. Silva Telles; Olanda: Swellengrehel.

Membri proposti per il Consiglio: Ascoli, Van Campenhout, Marchoux, James, Hackett, Perez, Libanio, Giemsa, Sfarcich, Ahmed Hilmy Bey, Schuffner, Marchiafava, Pittaluga.

*
* *

Nella seduta pomeridiana il prof. MARCHOUX legge la sua relazione sul tema: *Biologie des Parasites. Unité et pluralité des parasites.*

Il concetto della unicità risale a Laveran il quale basava le sue conclusioni sul fatto che ritrovava nel parassita oltre ad un polimorfismo proprio della sua evoluzione delle forme variate e ulteriormente variabili che simulavano specie differenti. I differenti tipi di parassita non sarebbero stati che delle varietà più o meno fisse di un tipo unico. Il fatto notato che in una stessa regione tropicale si trovavano fra gli indigeni forme differenti da quelle degli europei, sembrava doversi attribuire ad una modificazione del parassita dovuta alla resistenza diversa degli organismi nei quali si sviluppa. Un altro argomento in favore dell'unicità è dato dalle variazioni morfologiche che presentano i parassiti a seconda dei paesi in cui si osservano. Questi caratteri permettono talvolta di distinguere delle varietà più o meno fisse nelle tre forme fondamentali. Violate, esaminando le preparazioni di 143 prelevamenti di sangue provenienti da malati colpiti da terzana benigna, ha trovato numerose forme atipiche arrivando così alla conclusione apparentemente giustificata che le differenze esistenti fra parassiti del medesimo tipo sono talvolta maggiori di quelle che caratterizzano i tre tipi di parassiti.

Ma gli argomenti dei pluralisti sono ben più forti. Nella prima fase dello sviluppo dei plasmodi si ha già una differenza nella forma del pigmento che racchiudono, e anche la durata di evoluzione varia per i diversi tipi. Nelle inoculazioni sperimentali gli anofeli che hanno punto malati portanti una sola forma di parassiti dànno sempre la forma corrispondente. Nei paesi dove esiste una forma sola di febbre p. es. la terzana benigna, i malati sono costantemente portatori del plasmodium vivax. La resistenza dei plasmodi è pure differente a seconda del loro tipo. L'iniezione del sangue prelevato da un malato dà luogo sempre ad una febbre uguale a quella del fornitore del virus, e le forme trovate nel sangue di ambedue sono identiche. Benchè non vi sia ancora un mezzo perfetto di coltura degli ematozoi, nei tentativi fatti le differenze morfologiche e le loro reazioni sono costanti. Vi ha anche costanza nei sintomi che provocano e le lesioni degli organi che essi producono sono pure costanti a seconda dei vari tipi. P. es. il P. Vivax sembra dare a preferenza degli altri la splenomegalia. Anche la chemioterapia dei parassiti è diversa. Il chinino agisce su tutti, ma altri rimedi come lo stovarsol hanno un'azione netta sul P. Vivax e sono senza efficacia sugli altri. Nell'insieme gli argomenti dei pluralisti sono più seri e l'O. non esita a mettersi dalla loro parte pur riconoscendo che l'argomento della malaria non ha ancora esaurito la sagacità dei ricercatori.

Discussione.

Il professor MUHLENS (Amburgo) ricorda che Kock fu fra i primi a riconoscere che nella malaria erano da distinguere tre tipi di parassiti. L'O. ha ritrovato che il tipo di febbre rispondeva sempre in qualunque stagione al tipo di parassiti inoculati, ed anche che la reazione al trattamento curativo era in certo modo costante. Egli nelle sue ricerche nell'Argentina e in Dalmazia ha trovato i tre tipi di parassiti nelle stesse persone quando erano anche esistenti nell'ambiente. Per lui, ed egli crede anche di poter affermare lo stesso per i suoi colleghi tedeschi, la questione della pluralità è oramai risoluta in senso affermativo.

Il prof. GOSIO, avendo potuto seguire le vicende di tutto un ciclo epidemico nella popolazione stabile della prov. di Grosseto, ha potuto accertare le forme cliniche in rapporto al tipo del parassita. Portando la sua attenzione specialmente alle forme miste, ha riscontrato un antagonismo biologico fra le varie forme, il che fornisce un argomento di più a favore della dottrina della pluralità.

Il prof. BRUMPT (Francia) cita le esperienze del

prof. Darling per cui i malati di terzana maligna potevano essere infettati dalle zanzare portanti il parassita della quartana e viceversa. Ciò dimostra che anche in natura vi è la possibilità di un trasporto di una specie di malaria in un malato già affetto da un'altra differente.

Il prof. PITTALUGA (Spagna) accenna all'affermazione del prof. Marchoux che il plasmodium vivax produce splenomegalia piuttosto che il plasmodium malariae e dissente da questa affermazione avendola frequentemente riscontrata nella popolazione del delta dell'Ebro, dove la quartana è in grande prevalenza.

Il prof. SWELLENGREBEL riferisce come in certe esperienze avendo avuto un tipo di febbre diverso da quello inoculato, fatto dimostrato dal reperto ematologico, ha potuto poi accertare che nel soggetto infettato dalle zanzare esisteva una infezione mista. Questo fatto in primo tempo si sarebbe potuto portare a sostegno dell'unità.

SCHUFFNER crede che la discussione sarebbe facilitata se si interrogasse l'assemblea per sapere quanti sono per la pluralità e quanti per l'unità.

MARCHOUX, replicando al prof. Pittaluga, afferma di essersi trovato in migliori condizioni di osservazioni al Senegal dove la terzana maligna è quasi sconosciuta e la splenomegalia assai rara.

Segue la relazione del prof. A. MARIE sul tema: « L'uso terapeutico del virus malarico in alcune malattie nervose e mentali ».

L'O. ricorda delle antichissime osservazioni riguardanti l'influenza delle malattie febbrili in certe malattie mentali e cita la tesi di Esquirol (1836) che una febbre inattesa avrebbe prodotto delle guarigioni di malattie mentali croniche. Nel 1857 Baillarger presenta dei casi di P. G. guariti in seguito a eresipela o flemmoni suppurati con febbre. Dopo alcuni tentativi incerti soltanto nel 1891 Wagner von Jauregg esperimentò direttamente con le infezioni leuco-piretiche. Più tardi furono tentati la tubercolina, i latto-proteidi e il lievito di birra con qualche risultato favorevole, finchè Wagner stesso iniziò i suoi esperimenti con l'infezione malarica.

A tale scopo si iniettano da due a 5 cmc. di sangue di un malarico a gocce successive per evitare il coagulo e dopo 10 o 12 giorni apparisce la febbre sperimentale. Le reazioni termiche presentano variazioni individuali, così pure il tipo del ritmo febbrile. La reazione viscerale è eccessiva negli epatorenali. Vanno anche sorvegliate le possibili reazioni, come nei comuni soggetti malarici. I controlli ematici mostrano attenuazione della viscosità sanguigna e diminuzione del tasso emoglobinico, ipolinfocitosi e debole neutrofilia. Vi è predominanza dei polinucleari neutrofili. La leucocitosi persiste anche dopo la febbre.

Per quel che concerne l'ematozoario sembra certo che il *plasmodium vivax* inoculato da uomo a uomo sia meno resistente che quello inoculato dall'anofele, e ciò a causa della mancanza o diminuzione progressiva dei gameti nel sangue umano.

Quando si è raggiunto il numero di accessi necessari per interrompere il processo malarico si può scegliere fra la chinina e lo stovarsol. Il secondo avrebbe maggiore azione sui gameti. Dà in seguito importanti cenni storico-statistici: nell'insieme si tratta di migliaia di casi pubblicati e seguiti i quali provano, non la curabilità della paralisi generale, ma la sua possibile stabilizzazione sotto forma di remissioni permanenti e abbastanza nette da permettere riadattazioni sociali e famigliari. Fra le controindicazioni sarebbero i casi avanzati, l'insufficienza funzionale troppo accentuata e l'età dei malati. Il numero degli accessi necessari alla cura sarebbe da 10 a 12. Negli stati mentali si è visto il delirio attenuarsi e sparire, così pure le idee di persecuzione, la megalomania e l'ipocondria. Si ha ricupero della memoria, fissazione dell'attenzione e risveglio dell'affettività. Riguardo al modo d'azione l'O. discute se agisca per l'ipertermia come vogliono molti autori e infatti l'ultramicroscopio mostra che a 40 gradi gli spirocheti rallentano i loro movimenti. Ma questa nozione non impedisce di tener conto che l'azione leucocitaria non sia intensa rispetto ai parassiti, e con essa si abbia un aumento dei prodotti di difesa. La febbre tifoide con accompagnamento di leucopenia non influenza la P. G. D'altra parte l'iniezione di sostanze unicamente leucogene non avrebbe da sola nessuna influenza. Qualche autore ammette anche un vero antagonismo microbico ed un'azione elettiva sul tessuto nervoso e sui vasi. La proporzione relativa delle remissioni provocate varia secondo gli autori dal 30 al 50 per cento.

Sono stati fatti tentativi d'impiego di altre categorie di agenti febbrigeni, come lo spirillo di Dutton della febbre ricorrente e di applicazione ad altre categorie di malati come ai sifilitici non alienati, ai sifilitici non paralitici ed agli alienati (almeno in apparenza) non sifilitici. Nei sifilitici secondari fu notata esacerbazione dei fenomeni ectodermici: e sembra che l'inoculazione determini l'orientazione dello spirochete in senso dermatropico. Si avrebbe così una profilassi precoce della parasifilide. Nella encefalite letargica è lecito esprimere dei dubbi sulla efficacia della malarioterapia. Nei vantaggi ottenuti nella cura dell'epilessia si deve tener conto del fatto che molti degli epilettici tardivi sono sifilitici. Lo stesso si può dire di altri tipi di alienati.

È da tener presente in ogni caso che il momento per agire e in cui si ha la maggiore probabilità di risultati utili è all'inizio della malattia, ma quello che ci manca è appunto un criterio per la diagnosi precoce della P. G. incipiente ed imminente.

Discussione:

MUHLENS ha constatato che i diversi tipi di malaria iniettati conservano il proprio tipo clinico e la relativa gravità. Sono stati fatti ad Amburgo varie centinaia di tentativi, con circa il 50 per cento di risultati soddisfacenti, naturalmente sono stati scelti dei casi in cui la P. G. era già sviluppata.

JAMES (Inghilterra). — Nel suo paese si dà la preferenza all'inoculazione per mezzo delle zan-

zare che vengono conservate e messe a disposizione degli sperimentatori.

Chiusa così la discussione, il prof. PEREZ (Argentina) fa una comunicazione importantissima. Rende dapprima omaggio agli sforzi concordi degli scienziati e degli ingegneri italiani nella lotta antimalarica, ma deve constatare che anche in Italia la vittoria non è ancora completa. Nei vari paesi si nota la mancata concordanza fra l'interesse economico e l'interesse profilattico. Esprime riconoscenza agli organizzatori di questo primo Congresso e plaude alla convocazione a Roma che offre tanta copia di materiale di studi e di opere feconde. Ma la Delegazione Argentina ritiene che l'opera del Congresso deve essere completata e consolidata da una organizzazione permanente che possa assicurare alle popolazioni i benefici degli sforzi realizzati in tutto il mondo e sottomette al Congresso un progetto dettagliato per la creazione in Roma di un Istituto permanente della Malaria con il concorso scientifico e finanziario di tutte le nazioni.

La comunicazione è applaudita e viene deferita per l'esame al Consiglio.

Comunicazioni.

Dott. SADI DE BUEN. — *Dati epidemiologici contrari all'unità dei parassiti.* — Egli presenta numerose grafiche di alcuni anni di osservazioni in alcune zone malariche della Spagna, in cui si vede come in ciascuna si abbiano dei tipi epidemiologici definiti. Inoltre come il trattamento e i provvedimenti profilattici abbiano influenzato differentemente le diverse forme.

Il prof. GHIRON nei suoi esperimenti al Manicomio provinciale di Roma ha inoculato in soggetti paralitici le due terzane e ha notato oltre le differenze individuali in rapporto allo stato di soggetti e al momento della malattia, delle differenze in rapporto con le due forme. Inoltre in alcuni soggetti ha notato una rapida anemizzazione, nel corso di poche ore, con caduta di emoglobina e di globuli rossi. Ha pure osservato che i malati cui era stata inoculata la terzana benigna alcuni mesi prima, hanno presentato una netta refrattarietà alla terzana maligna e anche nelle manifestazioni della crasi sanguigna essi offrivano un reperto differente dai controlli cui era stata iniettata la stessa qualità e quantità di sangue e che prima non erano stati inoculati con la terzana benigna.

Prof. TOMMASO PONTANO. — *Sulla origine delle recidive.* — Porta all'argomento un contributo di prove cliniche, morfologiche e sperimentali. La recidiva essendo un fenomeno comune ai malati curati e non curati non è in rapporto con elementi refrattari alla cura stessa. Inoltre la recidiva è la negazione dell'immunità instabile e la reinfezione è la negazione dell'immunità stabile, quindi non si può parlare di immunità della malaria. Nella tregua i soli rappresentanti sono i gameti poichè l'elemento sessuato si esaurisce. La vecchia ipotesi di Grassi che il gamete possa essere la ragione delle recidive, ripresa da Schaudinn che dimostrò la riproduzione dei gameti nel circolo, concorda con le sue osservazioni. Per risolvere il problema della riproduzione delle semilune ha cercato di produrre la malaria estiva inoculando sangue contenente soli gameti; e dato che i gameti dell'estiva sono resistenti al chinino ha chininizzato fortemente i malati fino ad ottenere la soppressione degli schizonti e ha riprodotto la terzana con sangue che presentava solo parassiti sessuati. Se si considera che è biologicamente provato che il gamete può prolificare; dato che il gamete inoculato nell'individuo incolume può dare la malaria, l'opinione più accettabile è che la recidiva malarica rappresenta l'effetto della sporulazione intermittente dei gameti nel sangue. Ma le cellule nuove hanno funzione limitata e al contrario di quel che avviene nel soggiorno attraverso la zanzara la riproduzione gametica in circolo rappresenta un espediente, e dopo un certo tempo l'infezione si esaurisce.

Prof. PITTALUGA. Non ritiene nè provata nè dimostrata l'assenza degli schizonti dal sangue inoculato. Ricorda che 20 anni or sono ha pubblicato un lavoro sulla partenogenesi dei microgametociti di Laverania e che le sue ricerche successive hanno alquanto scosso la sua stessa fiducia. Però crede che le esperienze del prof. Pontano siano ancora meno dimostrative delle immagini morfologiche da lui descritte 20 anni fa.

Prof. SCHIASSI ha trovato a più riprese e in località differenti, soggetti che presentavano schizonti senza aver febbre e ne ha seguito uno nella sua clinica a Bologna per 10 mesi in cui si avevano costantemente schizonti nel sangue mentre mai ha presentato recidive.

Il dott. PAIS, senza dubitare che le recidive dipendano dal ciclo schizontico-gametico, dà grande importanza al fattore della resistenza dell'organismo.

Il dott. CIOFFI è d'accordo col prof. Pontano sulla causa delle recidive.

Il prof. PONTANO risponde ringraziando prima il dott. Cioffi per la conferma delle sue osservazioni. Al dott. PAIS risponde che non ha inteso negare del tutto l'immunità malarica ma la recidiva non si spiega col meccanismo di essa. Al prof. Pittaluga che se egli volesse ripetere le esperienze nelle condizioni medesime si convincerebbe che non sono da rigettare. Al prof. Schiassi che le generazioni di schizonti da lui trovati nell'inverno sono delle generazioni provenienti dai gameti, ciò che concorda con le sue esperienze.

Seduta antim. di lunedì 5 ottobre 1925.
Presidenza: dott. CHAGAS (Brasile).

Il dott. SELLA legge la sua relazione sul tema: *Un nuovo mezzo per la lotta anofelica in Italia.* Relazione sulla acclimatazione del « gambusia ».

Vi è stato un periodo di grande scetticismo sull'uso dei pesci esotici impiegati per la distruzione delle larve di anofele; così pure gli esperimenti fatti coi pesci nostrani non hanno dato risultati incoraggianti. Le risaie dell'Italia settentrionale trasformate in vivai di Carpe hanno dato vantaggi economici rilevanti, ma poco si

può dire dei vantaggi in confronto della distruzione delle zanzare, e del resto ivi si è verificata la fortunata condizione dell'anofelismo senza malaria. Nel 1920 colpito dai magnifici risultati ottenuti da Howard mediante la gambusia nell'America del Nord, pensò sarebbe stato conveniente l'impiego di questo pesce tanto in Italia che in Ispagna, date anche le condizioni climatiche temperate favorevoli al loro sviluppo. Le prime spedizioni di gambusie arrivarono con la maggior parte degli esemplari morti. Miglior fortuna si ebbe l'anno successivo ed alcune centinaia di esemplari furono immessi in uno stagno a Talayuela, dove si moltiplicarono enormemente. Due o trecento gambusie arrivate a Roma nel '22 furono distribuite in 4 località del Lazio. Nell'aprile seguente la moltiplicazione avvenne in grandissimo numero e il prof. Grassi osservava che, mentre le rive del lago di Porto a Fiumicino presentavano negli anni precedenti enorme quantità di larve, ora queste erano rarissime. Da allora si sono diffuse a traverso i canali in modo straordinario e lo stesso è avvenuto in tutte le località in cui sono state immesse, nel Veneto, in Sicilia, in Sardegna, nell'Istria e altrove; anche nella zona pontina la gambusia è stata distribuita in tutti i canali. Si è attivamente sviluppata, nei canali artificiali delle grandi bonifiche, tanto nelle acque dolci che leggermente salate. Manifesta una grande resistenza alle temperature elevate e ai processi di putrefazione ed alle condizioni sfavorevoli che si verificano durante il prosciugamento delle raccolte d'acqua. Sono resistentissime ai trasporti sotto certe condizioni. Nel Lazio le gambusie si riproducono un mese prima che in America e anche il loro sviluppo sembra più rapido. Riguardo all'azione antilarvale si deve notare che con le gambusie si può arrivare a la distruzione completa delle larve, alla sola condizione di un grossolano diserbo. Con la vegetazione orizzontale e densa le gambusie agiscono solo alla periferia. Si è avuto in questo caso il vantaggio economico di diminuire grandemente la quantità di petrolio impiegato alla distruzione delle larve. In alcuni stagni delle paludi pontine, dove le larve si contavano a milioni, ora occorrono varie ore per raccoglierne poche dozzine. I risultati di questo periodo iniziale autorizzano ad affermare che con la gambusia l'Italia ha acquistato un nuovo mezzo di particolare importanza per la distruzione delle larve di anofele.

Data la condizione dei nostri focolai non è possibile affidare il controllo larvale alla sola gambusia, tuttavia si ha sempre una grande riduzione di spese nell'uso degli altri mezzi. Del resto è da ritenersi, come affermava anche il prof. Grassi, « che la fortezza della malaria non si abbatte investendola da un solo lato », e si può dunque sperare che l'introduzione della gambusia faciliti il problema tecnico della lotta ed è da augurarsi che vengano allargate le basi finanziarie e legislative indispensabili alla integrazione delle grandi bonifiche.

Il prof. MUHLENS è convinto che le gambusie possano distruggere le larve, sopratutto nei grandi stagni e canali a bordi ripidi, con vegetazione scarsa, altrimenti, come ho parecchie volte constatato, larve e gambusie possono coesistere. Secondo recenti osservazioni nell'America del Nord una pianta, la azola fullicoloides, impedisce lo sviluppo delle larve. Questo fatto è confermato da sue osservazioni personali.

Il prof. SELLA replica di aver già fatto esperimenti con tale pianta nel Lazio senza riuscire a farla attecchire, malgrado tentativi ripetuti.

Il prof. GOSIO conferma i risultati della relazione Sella con osservazioni nei canali, nei campi di aviazione vicino a Roma, dove ha trovato la distruzione completa delle larve eccettuati quei punti in cui le gambusie non potevano arrivare perchè ostacolate dal terreno. Raccomanda l'immissione delle gambusie nei mesi di febbraio e marzo, poichè nell'inverno facilmente potrebbero morire prima di moltiplicarsi. È meno ottimista per i trasporti a grande distanza.

Il dott. SADI DE BUEN riferisce sullo sviluppo delle gambusie nei differenti tipi di raccolte d'acqua, raccomanda l'uso delle gambusie anche per ragioni economiche.

Il dott. HACKETT crede che non si possano tirare conclusioni generali a proposito delle gambusie perchè in certe località ha visto la coesistenza di larve e di gambusie.

Il dott. BENTLEY (Bengala), pure ammettendo dei buoni risultati, crede che per ragioni di equilibrio naturale non si potrà mai arrivare ad una distruzione completa delle larve per mezzo dei pesci.

Dott. E. SERGENT (Algeri). Sono state fatte in Algeri delle osservazioni con « l'aleopa », pesce che si moltiplica facilmente in Algeria; i risultati sono stati buoni specialmente nei piccoli stagni e nelle acque domestiche, ma non nei canali.

Dott. SFARCIC (Jugoslavia). Ha trasportato 500 esemplari di gambusie dalla Spagna in Dalmazia in piccole bottiglie, cambiando l'acqua tre volte al giorno; così ha perduto soltanto sette esemplari, mentre in un trasporto con recipienti grandi le gambusie sono morte quasi tutte. Si dichiara entusiasta dei risultati con la gambusia.

Il dott. KLINGER crede anche lui che siano delle ausiliarie utili unitamente ad altre opere di bonifica.

Il dott. SWELLENGREBEL (Olanda) esprime anche un giudizio favorevole.

Sull'argomento: *Fattori epidemiologici e misure antimalariche* i dottori EDMONDO e STEFANO SERGENT presentano la loro relazione. Essi espongono il risultato di 25 anni di studi sulla malaria nel bacino del Mediterraneo. Dal 1900, subito dopo la scoperta di Ross, hanno verificato in Algeria la legge di Grassi senza anofelismo niente malaria. L'anno seguente riscontrando l'abbondanza di anofeli nelle acque di Parigi hanno verificato la proposizione inversa: « anofelismo senza malaria ». I loro studi sono stati fatti in collaborazione con i colleghi dell'Istituto Pasteur in Algeria. La regressione della malaria si presenta spontanea davanti al progresso della civiltà

oppure è il risultato di una lotta con mezzi appropriati? È un fatto che migliorando le condizioni sociali si hanno guarigioni complete e sparizione dei portatori di virus con vantaggio della collettività. Ciò è dimostrato dalla messa in valore delle terre di Corsica che è andata di pari passo con la sparizione quasi completa della malaria.

L'esame critico dei mezzi profilattici necessita la differenziazione dei metodi, secondo le modalità dell'esposizione al contagio. Data la facoltà di spostamento degli anofeli la cui sfera d'azione si può calcolare a circa due chilometri dal centro, un primo mezzo alla portata sia degli isolati che delle masse si ha nel tenersi ad una certa distanza dai luoghi infetti.

La chininizzazione preventiva è ancora uno dei mezzi migliori di protezione; gli OO. preferiscono le dosi quotidiane con ingestione di una dose di circa 40 cgm. di chinino al pasto della sera, dose continuata ad ingerire per circa quindici giorni dopo l'allontanamento dai luoghi infetti. La zanzariera individuale è un mezzo utile purchè sia efficiente e accuratamente sorvegliata.

Per quanto riguarda le truppe in campagna, si dovrebbe anche a prezzo di disagi tenerle al più possibile lontane dai centri d'infezione e applicare una chininizzazione rigorosa e sistematica con eventuale controllo della ingestione per mezzo della analisi delle urine. Per le popolazioni stabili la zanzariera collettiva (applicazione di tele metalliche a porte e finestre) dovrebbe essere un complemento della zanzariera individuale). Si impone la sorveglianza e la cura dei portatori di virus. È un'utopia lo sperare di sopprimere tutti gli anofeli da un paese, ma occorre una continua lotta per diminuirli mediante opere di drenaggio e di canalizzazione, favorire i nemici delle larve come i pesci e distruggere la vegetazione acquatica che li protegge. Un mezzo efficacissimo che impiegano fin dal 1908 consiste nell'alternazione dei corsi d'acqua. Chiudendo periodicamente i canali per mezzo della chiusura di dighe il disseccamento del letto dei canali durante una o più settimane produce la distruzione delle larve. A ciò si aggiungono i mezzi di distruzione degli anofeli alati nelle abitazioni. Base della lotta profilattica della malaria è la disciplina. Occorre quindi da parte degli igienisti incaricati dei servizi antimalarici una propaganda entusiasta ed incessante per illuminare l'opinione pubblica.

Discussione.

Col. JAMES. — Ha ammirato l'eccellente lavoro del prof. Sergent ma il fattore di importanza maggiore da considerare la maggior parte dei paesi d'Europa è quello economico. Occorre che si raccomandino delle misure alla portata della potenza finanziaria dei diversi paesi. Sopratutto occorre insistere nel trattamento di tutti i casi di malaria; la chininizzazione preventiva è costosa e la sua efficacia non è assoluta. Una forma di lotta poco costosa ma di importanza considerevole è la lotta contro le zanzare nelle abitazioni, poichè è in esse che si contrae abitualmente l'infezione.

Prof. BRODEN (Belgio). — Parla della profilassi nel Congo Belga; è favorevole alla chininizzazione preventiva da continuarsi per tutto l'anno non essendo ivi una stagione malarica propriamente detta. È favorevole alle dosi quotidiane piccole alcune volte aggiungendo una forte dose settimanale. La profilassi meccanica è limitata alle abitazioni degli europei. I portatori dei plasmodi che sono numerosi specialmente fra i bambini delle popolazioni indigene (il 100 per 100 in alcuni luoghi) vanno sottoposti a chininizzazione energica fino ad ottenere la scomparsa di plasmodi dal sangue, il che abbiamo ottenuto portando la dose di chinino per i bambni da 1 a 5 anni ad un gr. al giorno per tre giorni. Presenta tavole statistiche al riguardo.

Seduta pomeridiana.
Presidente: VAN CARPENHOUT.

Prof. GOSIO. — *Necessità della coordinazione e aumento dei servizi antimalarici.* — La lotta antimalarica, malgrado i numerosi tentativi di applicazione, non ha ancora dato i frutti desiderati, parte perchè si è domandato troppo e troppo rapidamente, ma sopratutto perchè salvo qualche esempio limitato, essa ha avuto fino ad oggi un carattere poco intenso. La principale misura da prendere è una organizzazione tecnica di tutti i mezzi utili, con dei buoni centri didattici che ne spieghino le risorse e la maniera di applicarle agli interessati.

Il problema più urgente da risolvere è quello del chinino, la cui circolazione è ancora ristretta e tardiva; per ogni soggetto esposto al pericolo bisogna calcolare una provvista di almeno 100 gr. da ottenersi con facilità; non si possono stabilire degli schemi per la lotta antimalarica; ogni caso deve essere studiato separatamente con il concorso di tutte le competenze che vi sono in rapporto.

Le organizzazioni di difesa contro la malaria devono innestarsi il più possibile con tutte le attività industriali, salvaguardando con tutte le risorse sanitarie la mano d'opera bonificatrice perchè prepari il grande riscatto economico, unitamente a quello igienico.

Il prof. KLIGER presenta una comunicazione sulla epidemiologia della malaria in Palestina. Anche in Palestina vi è costanza nei periodi epidemici che sono due. Uno in giugno e luglio, l'altro in ottobre e in novembre. Ha notato che una delle cause che produce l'aumento delle acque stagnanti è conseguenza dell'ineguale distribuzione delle piogge. Descrive i differenti tipi di anofele che ivi si trovano. Il fatto della predominanza del p. vivax in primavera e del p. falciparum alla fine dell'estate, può spiegarsi col fatto che anche i parassiti abbiano una data temperatura favorevole al loro sviluppo: presenta numerose tavole statistiche.

Il prof. BARBER (Stati Uniti). fa una comunicazione su alcune esperienze col verde di Parigi contro le larve di anofele (aceto arsenito di rame finemente polverizzato).

Adopera un miscuglio di verde di Parigi in 100 parti di polvere inerte. La polvere è cosparsa sulla superficie delle acque da trattare. Le particelle sono ingerite dalle larve e poche dosi riescono allo scopo. Kliger in Palestina e Hackett in Italia l'hanno adoperato con successo. Questo metodo è utile anche nelle acque coperte di vegetazione ed è relativamente poco costoso. Non è dannoso per quelli che l'adoperano a condizione di non spargerla contro vento. Del resto si può avere per essa tutt'al più una leggera irritazione delle mucose. Nel periodo dopo la pioggia si ha il momento migliore per la distribuzione.

Sono state fatte anche mescolanze di verde di Parigi con petrolio e olio minerale pesante; la quantità di petrolio usato è certamente minore di quella che si usa adoperare quando deve agire come un veleno respiratorio per le larve. In America sono stati anche impiegati degli aereoplani per spargere la polvere su larghe distese d'acqua, e con buoni resultati. Nei vari esperimenti la riduzione delle larve è stata dall'88 % al 99 %. Nell'insieme questo mezzo ha più che corrisposto alla aspettazione.

Il dott. HACKETT della fondazione Rockfeller fa una comunicazione *sulla importanza del verde di Parigi come larvicida delle anofele.* — Dopo un sommario delle esperienze compiute prima, riferisce sugli esperimenti in Italia negli ultimi due anni nei differenti tipi di raccolte d'acqua, scegliendo i luoghi in cui la vegetazione era più lussureggiante. Nella proporzione di un cmc. per 10 mq. di superficie di acqua, si distruggono tutte le larve indipendentemente dalla maggiore o minore vegetazione. Nelle acque non vicine ad acque correnti, la proporzione di 1 c.c. per 20 m. di superficie ha dato praticamente lo stesso risultato. Quindi l'importanza del verde di Parigi come larvicida deve essere maggiormente apprezzata e riconosciuta, anche per il poco costo e per il fatto che non danneggia la fauna acquatica e gli animali domestici. Però non danneggia neanche le uova delle anofele. Grande cura è da prendere contro le adulterazioni del prodotto.

Il dott. CHAGAS (Brasile) fa una comunicazione della profilassi della malaria nel suo paese. Dà una grande importanza al fatto, per lui incontestata che la malaria si contrae quasi esclusivamente nelle abitazioni. Mette in luce l'importanza di curare gli antichi malarici specialmente i bambini che costituiscono le maggiori riserve per l'infezione. Consiglia oltre la protezione meccanica delle abitazioni, delle fumigazioni periodiche ogni 8 o 10 giorni, periodo corrispondente al ciclo sessuato nella zanzara dopo il quale essa diviene infettante. Riferisce anche sui tipi di anofele che trasmettono la malaria nel Brasile.

BENTLEY (Bengal) crede che ancora non si sia arrivati ad un metodo di profilassi veramente economica. In un paese come il Bengal p. es. dove su 40 milioni di abitanti 30 milioni sono malarici, il solo costo del verde di Parigi necessario sarebbe superiore a tutte le rendite dello Stato. Desidererebbe che gli oratori si occupassero sopratutto della questione economica.

Prof. SCHUFFNER (Olanda). — Riferisce come nelle Indie Olandesi si istruiscono le popolazioni alla caccia delle zanzare nelle abitazioni, con buoni risultati. Presso le popolazioni più disciplinate, si è avuto talvolta un tale successo che si è resa non necessaria la profilassi mediante il chinino. Dove la questione della malaria è una questione finanziaria si potrebbe cominciare con l'adottare questo metodo che non costa nulla.

Prof. MUHLENS. — Dice che secondo il suo punto di vista nella malaria bisogna individualizzare i metodi secondo i casi. Bisognerebbe che i dirigenti la lotta avessero poteri dittatoriali. Nella zona del Canale di Panama il successo è stato pieno perchè oltre il danaro si erano dati poteri dittatoriali.

Prof. SWELLENGREBEL (Olanda). — A proposito delle condizioni meteorologiche in rapporto all'anofele, e alla sua poca resistenza al freddo, fa notare che l'anofele, essendo essenzialmente un abitatore delle case, è poco influenzato dalla temperatura esterna. Quindi l'importanza di distruggere le zanzare nelle abitazioni.

Prof. BRUMPT. — All'opinione classica che la malaria si contragga nelle abitazioni può opporre le esperienze fatte durante un viaggio in carovana in Africa sotto le tende, e durante il quale tutti abbiamo contratto la malaria. Ha anche trovato degli indigeni nomadi che avevano delle milze enormi. Quindi crede che non sia il caso di generalizzare.

JAMES tiene a dichiarare che nel suo rapporto voleva parlare di tutti i tipi di abitazione, e che la sua opinione è che non si può contrarre la malaria se non si è punti dalla zanzara, e non si è in una casa.

Il prof. SWELLENGREBEL riferisce sulla malaria in Olanda, che ha presentato attraverso i tempi diverse oscillazioni nella qualità e nella gravità delle epidemie, finchè grazie alle misure prese, e sopratutto ad una buona assistenza medica rurale, si è arrivati a dominarla completamente se non ad estirparla.

Il dott. ABATUCCI (Francia) parla sulla malaria nelle colonie francesi. Presenta delle statistiche della morbilità delle varie colonie, parla delle gravi difficoltà che si incontrano nei metodi profilattici e dell'enorme spesa della chininizzazione preventiva che pure viene praticata. Presenta un documento ufficiale nel quale sono riassunte le istruzioni pratiche date ai Governi Coloniali per la lotta antimalarica.

Il dott. KLING fa una comunicazione *sul paludismo nella Svezia.* Dopo avere esposto come per circa 100 anni la malaria fosse ivi enormemente diffusa, attualmente, malgrado qualche caso sporadico, si può dire che si è arrivati alla condizione di anofelismo senza paludismo. Ne analizza le cause.

In una seconda comunicazione lo stesso dott. KLING tratta la questione se il trattamento, per mezzo della malaria, di certe affezioni nervose costituisca un pericolo per la propagazione del contagio. Sono state fatte delle ricerche che servirebbero a dimostrare che la malaria d'inocula-

zione non è trasmissibile per mezzo delle anofele, ma l'O. non è convinto di ciò e parla di due casi di malaria dichiaratisi in un padiglione presso Stoccolma a 100 metri di distanza dal luogo dove trattavano la paralisi generale con inoculazioni malariche. Ha anche fatto delle ricerche sperimentali in proposito, con risultato positivo.

Il dott. IVANIC (Jugoslavia) fa una comunicazione sull'argomento se l'anofele maculipennis sia uomofilo e conclude in senso negativo.

Il dott. MUHLENS, su questo argomento dice che da molti anni nell'ospedale tropicale di Amburgo adoperano le anofele maculippenis per inoculazione nell'uomo, del cui sangue si mostra avidissima. Ha riscontrato in Germania casi di terzana nell'uomo appunto a causa di queste anofele abitatrici delle stalle.

Il dott. AHMED HILMY BEY (Egitto) fa una comunicazione sulla lotta antimalarica in Egitto. Si diffonde lungamente sulla morbilità malarica nelle diverse regioni dell'Egitto, e le condizioni determinanti nelle singole zone. Espone i lavori profilattici compiuti, i metodi usati ed i risultati nell'insieme assai favorevoli.

Dott. SADI DE BUEN. — *Sulla cattura dell'anofele durante due anni nelle scuderie e nelle abitazioni a Talayuela.* — Dalle grafiche presentate risulta che durante l'inverno le zanzare si localizzano quasi esclusivamente nelle scuderie; nei mesi d'estate con l'aumento della temperatura le zanzare, si ritrovano principalmente nelle abitazioni. Il passaggio dell'anofele alle scuderie costituirebbe un fenomeno di ibernazione.

Dott. DE SUSA (Brasile). — *Sulla lotta antimalarica al Brasile ed i suoi risultati.* — Si dichiara partigiano della profilassi chininica, alla quale attribuisce la riduzione della malaria in certe zone. Espone delle statistiche sulle bonifiche agrarie compiute, e la lotta contro le zanzare per mezzo del petrolio e dei pesci. A Rio de Janeiro è stata fondata una scuola di malariologia sotto l'egida della fondazione Rockefeller. Accenna alle disposizioni legislative antimalariche adottate.

Il dott. FALLERONI fa una comunicazione sopra sue ricerche relative alla trasmissione diretta della infezione malarica e la funzione dei diverticoli esofagei nell'anofele. Ha fatto numerosi esperimenti in diverse condizioni sulle zanzare studiandone la funzione del succhiamento del sangue sia con puntura, che per sola aspirazione; ed è arrivato alle conclusioni che l'anofele pungendo non inonda il contenuto dei diverticoli esofagei, mentre il sangue succhiato va direttamente nello stomaco senza che ne rimanga traccia nel condotto dello stile. L'immissione dei liquidi nell'ingluvie o nello stomaco avviene se la zanzara punge; se la zanzara utilizza la tromba solo come condotto di aspirazione questi vanno nei diverticoli, che hanno pure importanza come serbatoi d'acqua, di cui sono pieni specialmente nella stagione estiva. Per tali osservazioni ritiene che l'anofele non può trasmettere direttamente la malaria.

Dott. MARZINOSCHI (della Repubblica dei Soviets). — *Sulla lotta antimalarica in Russia.* — Nel 1919 una grande epidemia ha invaso tutta la Russia; è stato provveduto alla lotta per mezzo di istituti antimalarici e di stazioni sanitarie numerose. La denuncia dei casi di malaria è stata resa obbligatoria ed è stata fatta una propaganda intensa presso le popolazioni. È soddisfatto dei risultati ottenuti.

Seduta antimeridiana del 6 ottobre.

Presidente: Dott. SWELLENGREBEL.

Continuano le comunicazioni all'ordine del giorno di ieri.

Dott. PRESSAT (Egitto). — *La malaria presso il canale di Suez.* — Fino al 1909 tutti gli sforzi contro la malaria erano stati vani perchè se ne ignorava ancora l'etiologia. Ricorda con gratitudine un soggiorno a Roma nel 1902 e l'aiuto ricevuto sui luoghi dal dott. Ross. Per mezzo della lotta sistematica contro le anofele e della profilassi chininica già nel 1903 la malaria era scomparsa ad Ismailia. Malgrado le complicazioni sopravvenute per la guerra dal '20 al '24 i casi di malaria per anno variano da 9 a 33, la maggior parte recidivi o importati.

Segue una comunicazione dell'ing. DEL PELO PARDI, che espone vedute sue personali con l'influenza del sottosuolo in rapporto alla malaria.

Il prof. DONZETTI, riferisce sugli ambulatori antimalarici invernali della Croce Rossa in Sicilia per la bonifica umana.

Dott. CASTRESJON (Messico). — *La zanzara culex come probabile trasmettitrice della malaria.* — Egli ritiene possibile che anche la culex possa trasmettere la malaria, malgrado le sue esperienze in proposito abbiano avuto risultato negativo.

Dott. KAUFFMAN. — *Gli alcaloidi della china e la loro sintesi.* — Fu Pelletier che riuscì a isolare dalla china il primo alcaloide: la chinina che dal '67 in poi fu preparata allo stato puro trascurando gli alcaloidi secondari, come accessori di minor valore. Ora una ventina di questi sono stati nettamente definiti e studiati: la chinidina, cinconina, cinconidina, cupreina, chinitina, chinotidina, cincotina, sono i più importanti. Essi differiscono fra loro o solo per il loro potere rotatorio o per il loro grado di idrogenazione. La molecola della chinina è, per espressione convenuta, formata da due metà: un nucleo chinoleinico, e un nucleo chinolidinico, riunite da un gruppo carbinol. La chinidina è lo stereoisomero destrogiro della chinina che è levogira. Per gli altri alcaloidi le differenze si portano sulle catene laterali. In tutti, compreso la chinina, dei quattro atomi di carbonio due sono disposti nello spazio in modo uguale e gli altri due sono la causa dell'isomeria che esiste p. es. fra chinina e chinidina, fra cinconina e cinconidina, ecc.

La sintesi della chinina è stata sempre una delle più grandi ambizioni dei chimici e se non è stata ancora trovata la chinina si sono fatte delle scoperte sensazionali come il primo colorante artificiale (Perkins) e l'antipirina (Knorr). È stato tentato di ridurre ad un'espressione più

semplice la molecola del chinino allo scopo di tentarne la sintesi, ma nè la tallina nè la cairina così ottenute hanno avuto successo terapeutico. Intanto è stato tentato di modificare la chinina nel senso di togliere ad essa il gusto amaro e per questo è stato sufficente di eterificare la funzione alcoolica della molecola per renderla insolubile ed insipida. Così sono state ottenute l'euchinina o etilcarbonato di chinina, e l'aristochina, o carbonato neutro di chinina, prodotti insipidi e correntemente usati. Anche l'azione fisiologica secondaria della chinina (ronzio agli orecchi, cefalea, sordità, ecc.) è eliminabile facendo uso di prodotti liberati da alcaloidi secondari specialmente della cinconidina. D'altra parte è stato cercato di migliorare l'azione principale della chinina modificando la sua molecola; agendo specialmente sulla catena laterale vinilica trasformata in gruppo etilico, poi sul gruppo fenolico e finalmente sulla sostituzione del nucleo chinoleico. Queste ricerche hanno condotto alla scoperta dell'optochina, eucupina e vuzina, preconizzate da Morgenroth nella lotta contro le infezioni pneumococciche o nel trattamento delle piaghe infette da streptococco. Ma nessuno di questi prodotti può convenire come succedaneo del chinino nella sua azione antimalarica, e finora tutte le ricerche tendenti a sostituirlo, non sono riuscite; benchè il problema si imponga specialmente per l'alto prezzo della chinina, dovuto specialmente al fatto che la sua produzione è raccolta e controllata per il 90 % da un solo gruppo olandese, a Giava. Si deve ritenere tuttavia possibile che si arrivi alla sintesi di prodotti che, pur essendo di struttura più semplici, abbiano un effetto simile al chinino. Basta ricordare in proposito che la cocaina sintetica quasi identica alla naturale si è mostrata inattiva; mentre la novocaina, ha avuto successo benchè la sua formula in apparenza non abbia alcuna rassomiglianza con l'alcaloide naturale. Soltanto la difficoltà è che noi non conosciamo l'aggruppamento molecolare necessario per provocare l'azione specifica malaricida. Studiando gli alcaloidi secondari che hanno pure azione antimalarica, possiamo già discernere quello che vi è di inutile nella complicata molecola del chinino. Da questo esame comparato si arriva alla conclusione che solo la riunione dei due nuclei chinoleinico e chinolidinico, può generare l'azione specifica della chinina. Ma fin'ora per una diecina di prodotti sintetizzati nel suo laboratorio, sebbene in qualcuno si sia potuto constatare una sicura azione malaricida, questa è ancora troppo debole o il prodotto è ancora troppo tossico per essere utilizzato. Intanto è stato però possibile di trasformare per delle reazioni di disaggregazione e poi di sintesi i prodotti secondari del chinino, come la cinconidina, la cinconina, la cincotina, in alcaloidi più nobili, come in chinotina (diidrochinina). Il che fa intravedere possibile lo sfruttamento delle culture di china sud-americane povere di chinina ma ricche di alcaloidi secondari ed in tal modo esercitare un'influenza favorevole sul mercato dei prodotti di chinina.

Ma il vero succedaneo sintetico della chinina dovrebbe secondo le ipotesi accennate, dipendere da quei composti chinolitinici la cui configurazione stereotipica degli atomi di carbonio simmetrici si trova ad essere sempre la stessa negli alcaloidi naturali. Le nostre ricerche ora volgono su questo punto.

L'O. in questo campo non ha avuto in vista l'interesse scientifico, ma ha cercato anzitutto di arrivare a risultati pratici, e le probabilità di successo dipendono principalmente da una collaborazione stretta fra i chimici che realizzano le sintesi, e i fisiologi ed i medici che lottano contro la malaria. Questi dovrebbero senza eccezioni provare tutti i prodotti nuovi dal punto di vista farmaco-dinamico. Solo così la vittoria sarà possibile. Termina con le parole di Liebig: « Lo scopo più nobile della chimica è, se non la preparazione artificiale del chinino, almeno quella di corpi aventi la sua miracolosa proprietà curativa ».

Col. JAMES. — *Sull'azione comparata della chinina, chinodina e cinconina nella malaria.* — Ha tenuto come criterio dell'effetto terapeutico immediato il tempo necessario per la completa sparizione dei parassiti dal sangue dei malati. È giunto alla conclusione che l'azione curativa dei differenti alcaloidi provati sembra essere uguale in ciascuna delle forme di parassiti malarici. Nelle dosi di 60 cg. 2 volte al giorno, i tre prodotti si sono mostrati di uguale valore. In dosi biquotidiane di 30 cg. la cinconina è sembrata meno attiva. Riguardo alla tossicità dei tre alcaloidi è stata notata la sola differenza che la chinoidina sembra esercitare un'azione più deprimente degli altri sul cuore. Presenta i moduli che hanno servito a raccogliere i dati per le ricerche.

Segue l'importante relazione del prof. ASCOLI sul trattamento specifico della malaria, già riprodotta nel *Policlinico*, N. 42.

La discussione è aperta sui tre rapporti precedenti.

Prof. GIEMSA. — Come ha esposto il dott. Kauffmann, la sintesi del chinino è riuscita attualmente solo in modo parziale. Molti dei prodotti ottenuti con la disaggregazione parziale della molecola del chinino, hanno importanza per le ulteriori ricerche. Dato che la sintesi completa è estremamente difficile specialmente per la presenza delle catene laterali vinilica e etilica, si è studiata una sostituzione del gruppo vinilico con il carboxil: la chitenina, che non ha avuto una distinta azione farmacologica. Però se mediante un mezzo di protezione si rende più stabile l'elemento sostituito (chiteninetile), si può avere, secondo gli esperimenti dell'Istituto Tropicale di Amburgo, una azione efficace nella febbre terzana, maligna e tropicale.

Questi dati possono servire di utile indicazione a tutti i colleghi che si affannano intorno alla ricerca della sintesi del chinino.

SCHUFFNER vuole aggiungere qualche cosa alla trattazione del sig. Kauffmann concernente il prezzo del chinino.

Il sig. Kauffmann attribuisce l'aumento del

prezzo del chinino al *trust* olandese che artificialmente rialza i prezzi; egli conosce invece le condizioni delle piantagioni nelle Indie Olandesi, e sa che tanto il prezzo della mano d'opera quanto la necessaria manutenzione delle piante sono saliti ivi come nel resto del mondo. Se si facesse scendere il prezzo al di sotto dei 60 frs. oro il chilo, i coltivatori sceglierebbero la coltivazione di un'altra pianta più redditizia e abbandonerebbero la coltivazione del chinino. È d'accordo però su di un prezzo minimo inferiore ai 70 frs. Il chinino, come prodotto della terra non è da paragonarsi con l'antipirina o la fenacetina che sono prodotti sintetici.

Prof. MUHLENS. — Venticinque anni di esperienza nell'Istituto di Amburgo hanno dato il risultato che il chinino è e rimane il miglior sussidio terapeutico contro la malaria, perciò viene chiamato lo specifico. Hydrochinina, optochinina e cinchonina sono state anche adoperate, ma non con gli stessi risultati; il bleu di metilene ha dato buoni risultati nella quartana; l'hydrochinina viene ad essere più cara del chinino dato le dosi che bisogna adoperare, e l'optochinina ha spesso delle azioni intossicanti; anche la cinchonina nella dose di gr. 3 (pro dose 0,5) non dà i risultati che dà il chinino idroclorico a gr. 2 (pro dose 0,5). Riguardo alla questione se il chinino abbia un'azione diretta od indiretta, l'O., al contrario del prof. Ascoli, la crede molto importante, e pensa che appunto la soluzione di questa questione possa aprire nuove vie alla terapeutica della malaria. Per mezzo di esperimenti eseguiti fuori del corpo umano egli è arrivato alla conclusione che il chinino agisce contro i parassiti della malaria in congiunzione a date forze nell'organismo e non ha gli stessi effetti per sè stesso. La sua azione è quindi indiretta, e sopratutto agisce come stimolante delle forze di reazione dell'organismo mentre dato in dosi eccessive, come l'O. ha esperimentato in Macedonia in individui indeboliti da denutrizione e strapazzi della guerra, non ha avuto azione sulla febbre o sui parassiti, ma sembrava anzi paralizzare le forze di reazione dell'organismo.

Conclude che la dose gr. 5 pro dose 0,2 giornaliera ha dato sempre buoni risultati, tanto clinici quanto parassitologici.

Il dott. CINCA (Romania), parla di esperienze personali sull'azione terapeutica del chineto e della cinconina, e conclude su 282 osservazioni che il chineto ha la stessa efficacia del chinino, mentre la cinconina ne ha molto meno. Non ha notato casi seri di intolleranza.

Il prof. PERONI, ritiene opportuno sopratutto occuparsi dei malarici durante il periodo apirettico.

Seduta pomeridiana di martedì 6 ottobre.
Presidente: Dott. PEREZ (Argentina).

Il dott. LUTRARIO presenta un rapporto sulla attività della commissione della malaria di cui egli è Presidente, presso la Società delle Nazioni. Porta al Congresso l'omaggio augurale del Comitato d'igiene della Società delle Nazioni; spiega l'estensione e la portata della commissione, le sue attribuzioni e le sue finalità. Essa si propone l'investigazione epidemiologica sulla situazione dei differenti paesi del mondo, e specialmente dell'Europa in rapporto alla malaria; inoltre d'investigare sui sistemi di profilassi impiegati o da impiegare contro il morbo; dare tutti quei pareri che potranno essere richiesti dalle Amministrazioni sanitarie dei diversi paesi. Un Sottocomitato di periti si occupa specialmente della questione seria del chinino, studiandone la produzione, il quantitativo e la sua ripartizione nei differenti paesi. La Commissione ha visitato varî Stati di Europa raccogliendo grande quantità di materiale di studio, che è stato esposto in trenta monografie, dalle quali è stato estratto un rapporto pubblicato a Ginevra nel 1924. Nell'insieme si ha l'impressione che soprattutto in alcuni paesi, lo sforzo compiuto per combattere la malaria sia stato veramente notevole, e talvolta i risultati sono soddisfacenti. Si augura che questo Congresso sia la sorgente di forze che conducano a sollevare la umanità dal flagello.

Il prof. PITTALUGA parla dello stato attuale dell'endemia malarica in Europa, dei suoi fattori di variabilità e i mezzi di prevenirla. Dà numerosi dati geografico-statistici sull'argomento, ed esprime specialmente il voto che le riserve di chinino e dei medicamenti ausiliari vengano mantenute al massimo nei diversi paesi.

Il prof. SWELLENGREBEL, parla sulle cause di variabilità dei fattori dell'endemia nelle Indie Olandesi.

Dott. MARQUEZ (Colombia). — Riferisce dati sulla endemia palustre in America.

Il prof. SERGENT, riferisce che durante la grande guerra, malgrado un grande apporto in Francia di malarici per mezzo dell'armata francese d'Oriente, non vi furono diffusioni degne di nota. Tutt'al più 30 o 40 casi. Anche attualmente al Marocco nella presente campagna malgrado le truppe si trovino accampate in luoghi malarici, non vi è epidemia tra le truppe operanti.

Il prof. PITTALUGA replica ringraziando i dottori Swellengrebel e Marques del loro contributo; esprime dei dubbi per l'avvenire riguardo alle condizioni dell'armata del Riff in rapporto alla malaria, essendo in Ispagna aumentati nel 1925 i casi di importazione dal Marocco.

Il prof. NOCHT comunica nuove esperienze sulla patogenesi della febbre emoglobinurica, per le quali ha potuto sperimentalmente mostrare che se degli ambocettori sono presenti nell'organismo il loro effetto è fortemente stimolato dal chinino e allora può prodursi emoglobinuria.

Prof. SCHUFFNER. — Era opinione di Sir Patrick Manson che nei tropici la febbre emoglubinurica potesse essere dovuta ad altre infezioni che non la malaria. Infatti l'O. ha trovato in Sumatra dove la febbre emoglubinurica è rara, tre casi in cui era dovuta a spirillosi diverse. Ritiene che si dovrebbero fare ulteriori ricerche in questo campo.

Prof. VON SCHILLING. — Riferisce sopra un caso di emoglobinuria verificatosi a Berlino, in un paralitico inoculato con malaria. Questo caso è importante perchè unico nella letteratura della inoculazione e anche perchè non dovuto alla gravità dell'affezione (terzana benigna), e si era presentato dopo la somministrazione di un grammo di chinino. In questo caso sembrerebbe provato che l'antico concetto malaria più chinino sia esatto. Ritiene che anche altre infezioni tropicali possano dare emoglobinuria.

Prof. MARIO GHIRON. — *Sulla patogenesi della emoglobinuria malarica.* — Ha esperimentato sul siero di individui che avevano avuto gravi attacchi di emoglobinuria malarica, e il siero preso da essi ha mostrato spiccato potere emolitico in vitro verso globuli rossi impregnati di chinino; così pure dei globuli rossi prelevati da individui normali o ammalati, quelli che provenivano da malarici di terzana benigna o maligna, chininizzati o no, hanno mostrato al massimo la facoltà di lasciarsi emolizzare. I globuli rossi presi da un individuo malarico presentano dunque una condizione speciale per cui si deve concludere che specialmente i globuli rossi di individui malarici possono mostrare emolisi. L'emolisina degli emoglobinurici può dopo un certo periodo scomparire in modo che la reazione specifica non la può mettere in rilievo. Quindi dato un siero emoglobinurico attivo questo può rilevare la presenza di una infezione malarica nell'individuo che fornisce i globuli rossi. I globuli rossi malarici impregnati di chinino possono rilevare le proprietà emolitiche del siero di un individuo, sia che abbia avuto un manifesto attacco di emoglobinuria, sia che l'attacco si sia presentato in forma larvata e clinicamente non completa.

Votazione delle mozioni.

Riguardo alla istituzione a Roma di un istituto internazionale per la malaria il Consiglio, su proposta del dott. MARCHOUX, ha adottato il seguente voto:

« Il Congresso avendo preso cognizione dell'interessantissima proposta del dott. Perez, di creare a Roma un Istituto malariologico internazionale accetta di farla sua ed emette il voto che il Governo italiano si faccia interprete presso i Governi interessati per ottenerne la realizzazione ».

Il voto è accettato senza discussione.

Viene anche approvata la proposta di tenere un secondo Congresso nel 1930 e di accettare la ospitalità offerta dalla delegazione Francese in Algeri. In quell'anno verrà celebrato ivi il centenario dell'occupazione francese ed il cinquantenario della scoperta del parassita ivi fatta da Laveran.

La proposta è accettata senza discussione.

Frattanto viene eletto un comitato organizzatore che risulta composto dei proff. MARCHIAFAVA, ASCOLI, BASTIANELLI, per l'Italia; A. ALFARO, per l'Argentina; CHAGAS, per il Brasile; JAMES per la Gran Brettagna; MAC CALLUM per gli Stati Uniti; MARCHOUX e SERGENT per la Francia; PITTALUGA per la Spagna; NOCHT per la Germania; SFARCIC per la Jugoslavia, e un rappresentante per l'Egitto. È applaudito un voto di ringraziamento al Governo Francese.

Una proposta del dott. Sella è presentata al voto:

« Il Consiglio del Congresso presa conoscenza della proposta del dott. Massimo Sella e tenendo conto degli sforzi già effettuati in questo campo dalla Commissione d'Igiene della Società delle Nazioni, esprime il voto che una collaborazione intima sia stabilita dal Comitato fra chimici, farmacologi e clinici per un esame metodico di tutti i composti chimici dai quali si possa sperare una azione efficace contro la malaria ».

È approvata senza discussione.

Segue una mozione del prof. Gosio:

« Il Congresso internazionale della malaria, considerando che la bonifica integrale costituisce la vera stabile garanzia contro il morbo palustre mentre plaude all'opera meravigliosa di tanti bonificatori ed agricoltori, benemeriti dell'igiene e della civiltà, fa voti che essa venga intensificata in armonia colle moderne conoscenze etiologiche ».

È approvata senza discussione.

Il dott. Thayer ha parola per un ringraziamento sincero, anche a nome degli altri congressisti al Governo italiano, al Presidente del Congresso e ai membri del Comitato organizzatore per la cortese accoglienza ricevuta e per il modo come sono stati condotti i lavori del Congresso la cui attività non mancherà di mostrarsi feconda.

È applaudito.

*
* *

Il prof. BASTIANELLI ringrazia gl'interpreti per l'ammirabile lavoro che ha facilitato le discussioni di questi giorni.

Il Presidente della seduta prof. PEREZ pronuncia un discorso di chiusura in cui rende omaggio al prof. Marchiafava Presidente del Comitato promotore e ai suoi collaboratori, tra i quali ricorda il Segretario gen. prof. BASTIANELLI il cui cómpito di organizzare questo Congresso era veramente difficile, tanto più trattandosi del primo. Qualunque dubbio e diffidenza sul Congresso stesso, si è dissipato nel vedere la mole dei lavori e la loro importanza. Ringrazia la Delegazione francese dell'invito per il secondo Congresso ed esprime la sua riconoscenza a nome di tutti al Governo italiano, alla città di Roma e al Commissario Regio per l'ospitalità e per tutte le facilitazioni che hanno accordato perchè si potesse realizzare questa missione di pace e di civiltà.

Dichiara chiuso il primo Congresso internazionale della malaria.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Volvolo della vescica biliare.

Ne tratta F. Daux in una tesi di Parigi (riferito in *Edinb. Med. Jour.*, agosto 1925). Se ne distinguono due varietà: una che colpisce tutto l'organo, e una, assai più rara, in cui ruota la sola porzione del fondo. In questo secondo caso patogeneticamente si richiede una lunghezza abnorme della vescicola, il quale fatto è per lo più acquisito.

Nel primo caso, invece, si riscontrano due condizioni congenite predisponenti: 1) presenza di un omento che sospende in modo basso la vescicola al fegato; 2) assenza completa della connessione peritoneale tra fegato e vescicola biliare, diguisachè questa è libera nell'addome, sospesa al solo dotto cistico.

Sebbene il volvolo possa apparire in qualsiasi età, pure è più frequente in quella adulta. La presenza di calcoli, rendendo la vescicola più ampia e pesante e meno elastica, ne facilita la produzione.

L'inginocchiamento del dotto dà la sensazione, durante l'atto operativo, di un calcolo od anche di un nodulo carcinomatoso.

La parete della vescica biliare appare edematosa, ispessita, infiltrata di sangue, e spesso coperta di un essudato fibrinoso. Appaiono anche piccoli focolai di necrosi, zone di emorragie, e modiche ulcerazioni. La cangrena è rara.

La diagnosi differenziale con l'idronefrosi acuta, l'appendicite, l'ulcera gastrica e duodenale e la pancreatite è basata sull'assenza dei sintomi propri di queste affezioni.

I fatti dolorosi rapidamente si localizzano all'ipocondrio destro, ove, in generale, si palperà un tumore il di cui carattere patognomonico sarebbe dato dalla forma a guisa di rene. Lo stato del paziente non è così grave come nella perforazione e nella pancreatite acuta.

La prognosi è buona se l'operazione, consistente nella colecistectomia, sarà praticata nei primi 3 giorni. Dopo 5 giorni il paziente, in genere, soccombe.

M. FABERI.

Diagnosi differenziale delle diverse forme di ittero.

E. Klopstock (*Deutsche Med. Wochschr.*, n. 41, 1924) osserva che la velocità di sedimentazione degli eritrociti distingue le forme di ittero semplice dalle forme di ittero infettivo e particolarmente dall'ittero sifilitico. Normale oppure ritardata nelle forme di ittero semplice la velocità di sedimentazione è accelerata nell'ittero infettivo e nell'ittero sifilitico. L'accelerazione della velocità di sedimentazione permise all'autore di diagnosticare un ittero semplice in casi di sifilide in cui appariva logico diagnosticare un ittero sifilitico; l'ulteriore decorso o l'autopsia dimostrarono trattarsi effettivamente di itteri semplici: il fegato non presentava alcun segno di lesione infiammatoria o degenerativa.

POLL.

Trattamento degli itteri nell'infanzia.

P. Lereboullet (*Pédiatrie pratique*, 5 dicembre 1924) raccomanda di seguire nel periodo acuto un regime a base di latte (eventualmente scremato), di brodo di legumi, di paste, *purées*, di frutta cotta. Si lotterà contro la setticemia e l'infezione biliare secondaria mediante l'urotropina ed il salicilato di sodio; il benzonaftolo è utile contro le putrefazioni intestinali, contro le quali si userà anche l'estratto di bile associato o non ai fermenti lattici. Come colagogo, è bene prescrivere un clistere fresco quotidiano ed il calomelano; questo lo si darà all'ottavo fino al dodicesimo giorno, a dosi di 5-40 cg. secondo l'età, con una quantità uguale di lattosio, al mattino, a digiuno.

Negli itteri attenuati, che si osservano durante la scarlattina, l'appendicite, la difterite, la tifoide, i vomiti periodici, il trattamento è quello della malattia causale.

Fra gli itteri cronici, si distingueranno quelli scuri colurici e quelli leggeri acolurici. Nel primo gruppo, si tratterà il più spesso di cirrosi sifilitica, o cardiotubercolotica, di cisti idatidee, affezioni che hanno ognuna il proprio trattamento. Nel secondo gruppo, troviamo gli itteri emolitici congeniti per i quali è prescritta la medicazione antianemica ed eccezionalmente la splenectomia. Rientra in questo gruppo la colemia semplice familiare che è un temperamento piuttosto che una vera malattia e che esige un trattamento assai semplice.

RI.

Trattamento medico efficace della colica epatica e dell'obliterazione del coledoco.

Il metodo di Lyon, consistente nella iniezione nel duodeno di una soluzione di solfato di magnesia 25 %, che provoca un riflesso di svuotamento della vescicola biliare, è preconizzato con calore da E. Allard (*Deutsche mediz. Woch*, t. L, n. 50, e *Presse médicale*, n. 13, 1925) nella colica epatica e nell'occlusione calcolosa del coledoco.

Ha utilizzato a questo scopo anche il peptone Witte, e l'olio di ulive, trattando 6 casi di coliche epatiche violente e prolungate, di cui 3 accompagnate dopo alcune settimane da segni di occlusione del coledoco. Inietta per mezzo della sonda duodenale almeno 300 cmc. di soluzione di solfato 15 %, e nello stesso tempo papaverina nei muscoli per calmare il dolore, o, se questo è troppo intenso, gr. 0.001 di atropina. L'iniezione duodenale provoca sempre una crisi più o meno violenta, oppure esagera il dolore già esistente. Nei febbricitanti, prima del sondaggio, ha praticato una iniezione intravenosa di atophan che possiede un'azione colagoga e antiflogistica. Il successo, nei 6 casi, fu completo.

Un malato itterico e febbricitante da un mese, ha espulso non meno di 22 calcoli. In tutti i casi, dopo l'esito favorevole della cura, cioè dopo la espulsione dei calcoli che avevano provocato la crisi, i sondaggi duodenali fatti ulteriormente, a intervalli di 5 o 6 giorni, per completare la cura, non determinavano alcun dolore.

A. PICCINELLI.

Il dosamento dell'insulina.

L'osservazione sui cani spancreatizzati ha dimostrato che esiste un rapporto definitivo fra quantità di zucchero utilizzato e quantità di insulina somministrata. Vi è però una differenza fondamentale fra il cane spancreatizzato e l'uomo diabetico ed è che il primo è sano, mentre invece nel secondo la deficienza pancreatica è soltanto una parte, e non sempre la più importante, della condizione patologica a cui contribuiscono il fegato, la tiroide, le altre ghiandole endocrine, i disturbi digerenti, l'esistenza di focolai di assorbimento settico.

Ora la secrezione interna del pancreas ha la doppia funzione di controllare la deposizione del glicogeno nei tessuti e di promuovere l'utilizzazione del glucosio. Se, come accade specialmente nel diabete delle persone anziane, la prima è deficiente e la seconda normale o quasi, la somministrazione di insulina in quantità sufficiente per ovviare alla prima porterà ad un'eccessiva combustione dello zucchero e, quindi, alla ipoglicemia. Sarà dunque difficile equilibrare bene la dieta e la quantità di insulina senza cadere nel pericolo dell'ipoglicemia, sicchè si otterranno migliori risultati senza ricorrere all'insulina. Spesso poi il problema è complicato dalla così detta iperglicemia spuria, ossia dalla presenza di zucchero nel sangue in quantità elevata per l'elevamento della soglia renale, sicchè il dosamento dello zucchero non dà un'indicazione precisa sul metabolismo dei carboidrati e la somministrazione di minime quantità di insulina provoca un fortissimo abbassamento dello zucchero del sangue. È quindi necessario di procedere cautamente nella somministrazione dell'insulina in tutti i casi in cui si ha una leggera albuminuria e le analisi del sangue dimostrano la ritenzione di prodotti azotati di rifiuto.

I disturbi nella deposizione dello zucchero nei tessuti possono dipendere da cambiamenti patologici dei tessuti stessi oppure da eccessiva attività delle influenze opposte alla secrezione interna del pancreas. In entrambi i casi l'insulina potrà essere utile, ma la dose evidentemente dovrà variare. Così, tenuta presente l'azione antagonista dell'adrenalina, nei casi con iperadrenalismo, si potranno dare dosi maggiori di insulina, parte della quale andrà a correggere l'anomalia adrenalinica. Nei casi di ipertiroidismo, dosi relativamente grandi di insulina possono essere inefficaci probabilmente per l'influenza indiretta della tiroide sulla produzione di adrenalina.

L'esperimento ha poi dimostrato che l'insulina è inattivata da varie sostanze, quali la tripsina, la caffeina, la pituitrina, morfina, stricnina, atropina. L'effetto della pituitrina ha importanza perchè le dosi eccessive di pituitrina continuate a lungo possono esaurire la pituitaria e portare alla poliuria.

Viceversa, le paratiroidi attivano l'insulina per un meccanismo che rimane tuttora oscuro e, dal suo canto, l'insulina esercita bene la sua azione soltanto se le paratiroidi agiscono perfettamente, mentre in caso contrario è incapace di estrinsecare il suo effetto. L'abbassamento del contenuto in calcio del sangue è associato con l'ipofunzione delle paratiroidi ed è comune in tutti i casi di assorbimento di tossine dal canale digerente o da qualche focolaio settico. Per una cura efficace del diabete è quindi necessario allontanare tutti i focolai di sepsi.

La scoperta dell'insulina non ha poi diminuito la necessità di una dieta adatta, anzi ha maggiormente dimostrato l'indispensabilità di essa. Bisogna poi tener presente che è il cibo assorbito e non quello mangiato che ha importanza; quindi, in caso di disturbi digerenti e particolarmente di diarrea, la dose di insulina deve essere differente da quella che si dà in casi in cui l'assorbimento degli alimenti si fa normalmente. Anche la composizione della dieta ha la massima importanza, sicchè con una dieta adatta ai bisogni metabolici del paziente si otterranno effetti buoni anche con piccole quantità di insulina.

L'iniziare il trattamento di un diabetico con l'insulina implica indubbiamente una grande re-

sponsabilità da parte del medico il quale deve tenere in seria considerazione tutti i fattori che entrano nella determinazione della dose ottima che deve essere raggiunta se si vogliono ottenere gli effetti, ma non deve essere sorpassata sotto pena di possibili gravi complicazioni. *fil.*

Antagonismo fra insulina ed estratti ipofisari.

Alla stessa maniera di molti veleni, gli ormoni possono influenzarsi reciprocamente in senso antagonista o sinergico. Come lo dimostrano le esperienze di Joachimoglu e Metz (*Deutsche med. Woch.*, tomo L, n. 51) gli estratti ipofisari del commercio iniettati nei conigli ipodermicamente, immediatamente dopo l'iniezione sottocutanea di insulina, impediscono l'azione di quest'ultima sul tasso del glucosio nel sangue. I diversi estratti ipofisari impiegati si sono mostrati di efficacia variabile, tanto da far pensare a utilizzare questo metodo per titolare questi estratti il cui dosaggio è ora molto impreciso.

A questo proposito i saggi dei campioni commerciali sull'utero delle cavie hanno dato risultati paralleli a quelli ottenuti utilizzando il loro effetto antagonista con l'insulina. L'aggiunta della insulina inibisce le contrazioni delle fibre liscie, a condizione che il miscuglio di insulina e di estratto ipofisario sia effettuato 5 minuti prima del saggio sull'utero. L'azione dell'estratto ipofisario una volta iniziata non può essere più arrestata dalla ulteriore aggiunta dell'insulina.

A. PICCINELLI.

Dati morfologici sul problema dell'insulina.

Dallo studio di numerosi pancreas, dei quali alcuni appartenenti a diabetici, H. v. Meyenburg (*Schweizerische mediz. Woch.*, t. LIV, n. 49) dopo aver discusso la teoria insulare del diabete, conclude, per ciò che riguarda le isole di Langerhaus, affermando che le isole non rappresentano tutto nella patogenesi, ma che verosimilmente, l'azione glicoregolatrice del pancreas potrebbe essere turbata tutte le volte che l'attività sinergica della secrezione endocrina delle isole e della secrezione esocrina degli acini è resa impossibile. La insulina agirebbe, in realtà, non come estratto insulare ma come estratto pancreatico totale.

Riprendendo le esperienze di altri autori circa l'azione dell'insulina sul glicogeno epatico, l'A. ha trovato che quasi costantemente l'insulina determina in ogni circostanza, un aumento, talora notevole, del glicogeno.

Un ultimo punto studiato si riferisce alle eventuali lesioni che l'insulina potrebbe produrre sul fegato, come hanno osservato Cramer, Allen, Bowie, Macleod dopo un trattamento insulinico prolungato (scomparsa di mitocondri cellulari, degenerazione grassa, ecc.). Le esperienze di v. Meyenburg sui conigli contrastano a queste constatazioni: la somministrazione anche prolungata di insulina non provoca alcuna lesione epatica.

A. PICCINELLI.

TECNICA MEDICA.

Il metodo di Weissenbach delle trasfusioni sottocutanee di sangue.

Questo procedimento delle piccole trasfusioni ripetute permette di evitare la maggior parte degli incidenti e delle noie della grande trasfusione ed è indicato nella cura delle anemie croniche e di quelle in cui l'indicazione della trasfusione non riveste i caratteri di estrema urgenza. L'iniezione sottocutanea è riassorbita in 6-12 ore senza che si noti ecchimosi al punto di iniezione; soltanto nei casi in cui il riassorbimento si fa lentamente ed incompletamente, bisognerà ricorrere all'iniezione endovenosa.

Il donatore va scelto giovane e di buona costituzione. La tecnica dell'iniezione è semplicissima ed il materiale occorrente si riduce ad una siringa da 20 cmc. in tutto vetro, sterilizzata, con un ago ad ugnatura molto corta e ad una serie di fialette sterilizzate di citrato di sodio puro al 10 % in acqua distillata. Occorre inoltre un buon tubo in caucciù ed una pinza emostatica.

Si fissa, come di consueto, il tubo di caucciù al disopra del gomito del donatore senza arrestare il polso radiale. Si pulisce la cute con alcool od etere e si punge la vena con l'ago montato sulla siringa in cui si sarà dapprima aspirato il contenuto di una fialetta di citrato. Si riempie la siringa che conterrà così 18 cmc. di sangue; la si rovescia delicatamente per una diecina di volte allo scopo di rimescolare i liquidi e se ne inietta il contenuto sotto la cute della faccia esterna della coscia, o della parete addominale già dapprima trattata con alcool od etere. Raramente l'iniezione è dolorosa.

Il metodo è indicato nelle anemie gravi consecutive ad emorragie ripetute quando non si può dominare la causa di queste. J. Konings (*Le Scalpel*, v. 77, n. 48) ritiene che questo sia il miglior procedimento da usarsi nelle anemie gravi a tipo pernicioso, facendo dapprima un'iniezione ogni due giorni nelle prime settimane ed in sèguito tre volte la settimana. *fil.*

Esperienza di auto-trasfusione durante o dopo le operazioni intracraniche.

E. Davis-Cushing (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, marzo 1925) ricordano come questo metodo di auto-trasfusione sia già stato usato nella chirur-

gia addominale, per es. nei casi di inondazione da rottura di gravidanza tubarica. Essi l'hanno applicato alla chirurgia intracranica in cui l'emorragia come è noto è uno dei pericoli più temibili ed è causa di un abbassamento di pressione preoccupante. L'hanno esperimentato su 23 casi di operazioni per tumori intracranici sopratutto per tumori molto estesi delle meningi. Essi uniscono ad un aspiratore ad acqua una bottiglia a doppio tubo in cui è contenuta una soluzione citratata. Mentre un tubo è unito all'aspiratore l'altro si collega con un tubo di vetro ad angolo che viene messo sulla ferita per raccogliere il sangue. La soluzione di sangue viene poi filtrata attraverso a vari spessori di garza e iniettata nelle vene del paziente. Essi avrebbero con questo avuto sempre un rialzo benefico della pressione e miglioramento temporaneo delle condizioni generali.

All'obiezione che il sangue proveniente dal cervello contenga dei principi ad azione depressoria sulla pressione sanguigna perchè sono contenuti come è noto nei liquidi e nella sostanza cerebrale; gli AA. rispondono con esperienze sugli animali da cui risulta che mescolando una emulsione di sostanza cerebrale a sangue si ha ugualmente un aumento di pressione come usando del sangue solo. Essi la consigliano quindi nei casi sopraindicati.

V. GHIRON.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Ormoni gastro-intestinali.

Sono, dice F. Boenheim (*Med. Klinik*, n. 31, 1925) la colina, il hormonal, la gastrina o secretina gastrica e la secretina intestinale. La colina è piuttosto abbondante nella corteccia delle surrenali, essa esplica azione antagonistica all'adrenalina; la colina è del resto ubiquitaria, essa è un prodotto di scissione dei fosfatidi presenti in tutti gli organi. Nell'intestino essa esiste allo stato libero diffusibile. La colina agisce sul plesso di Auerbach. Iniettando colina poco dopo il pasto aumenta notevolmente la peristalsi dell'antro. Essa forma degli ester. L'acetilcolina è molto più attiva della colina stessa, essa agisce sulla sezione extramurale del parasimpatico. Terapeuticamente la colina riesce utile nelle paralisi gastrointestinali peritonitiche e negli stati di atonia cronica gastrointestinale. I vagotonici sopportano la colina meno bene dei simpaticotonici.

L'Hormonal, prima isolato dall'intestino, si prepara ora dalla milza dove esso è abbondante. L'iniezione di Hormonal determina dopo pochi minuti peristalsi di tutto il tratto tra il piloro e il retto. Nella clinica il farmaco ha dato risultati contradditori: mentre alcuni vantano ottimi risultati nella cura della stitichezza, altri riportano fenomeni pericolosi e perfino mortali. Si deve essere cauti col rimedio nei casi in cui il cuore non funziona bene. L'hormonal viene usato anche nella dissenteria in cui rimuove gli spasmi e nell'ernia intasata di cui rende più facile la riduzione.

La gastrina o secretina gastrica si isola dalla mucosa dello stomaco, secondo Biedl soltanto dalla mucosa della parte pilorica. Data per bocca essa è inefficace, iniettata per via endovenosa essa determina una notevole secrezione gastrica. Essa determina però inoltre un abbassamento della pressione del sangue e un ritardo nella coagulazione del sangue. Per queste ragioni essa non viene usata in clinica.

La secretina gastrica viene isolata da tutto il tratto intestinale compreso l'esofago, il fegato, i surreni. Essa stimola la secrezione esterna del pancreas che si rende evidente già un minuto dopo l'iniezione. Non è dimostrato che l'intestino contenga una prosecretina che verrebbe attivata dal chimo acido. In clinica la secretina viene usata nella stitichezza, nella stenosi pilorica, nell'insufficienza pancreatica, nella dispepsia. Una controindicazione è rappresentata dall'ipercloridria. Per bocca essa è inefficace, per via endovenosa essa determina collasso. Si somministra quindi soltanto per iniezione endomuscolare o sottocutanea.

POLLITZER.

IGIENE SOCIALE.

Case di adattamento per fanciulli predisposti alle nevropatie.

Partendo dal concetto che le cause remote di molte nevropatie dell'adulto vanno ricercate in influenze nocive subite nell'infanzia le quali alla loro volta determinano delle cattive abitudini, e che quindi l'opera di profilassi nelle malattie nervose deve essere iniziata nel fanciullo, si sono istituite agli Stati Uniti delle così dette « case di adattamento » (*Habit clinics*) annessi ad alcuni « centri di protezione dell'infanzia » ove vengono condotti quei fanciulli, i quali mostrano di non sapersi adattare al passaggio dalla vita naturale propria dell'infanzia, alla vita artificiale e convenzionale dell'adulto. Ivi vengono accolti i fanciulli indocili, resistenti a qualsiasi disciplina e che senza ragione apparente contraggono cattive abitudini, e vengono sottoposti ad un esame fisico e psichico completo. Spesso risulta che le cattive abitudini e le deviazioni psichiche dipendono dall'educazione difettosa ricevuta nell'ambiente famigliare. In tali casi l'opera educativa che fa gestione diretta all'esame, viene anzichè sul fanciullo, sui famigliari di esso.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Dispensari antitubercolari. — Al dott. Tercione, Voltri:

Se l'abbonato allude ai Dispensari antitubercolari di Roma, possiamo dire che dei tre attualmente esistenti, uno è comunale, un altro funziona con sussidi privati e governativi e con una somma annuale fornita dall'Amministrazione Ospitaliera; il terzo infine è mantenuto dalla Regina Madre.

Ove l'abbonato intenda impiantare un Dispensario non gli mancherà il sussidio del Governo, e riteniamo che anche il Comune, la Provincia, la beneficenza privata potranno, se efficacemente stimolati, con proposte concrete, concorrere al finanziamento, come è avvenuto, io credo, per tutti i Dispensari finora istituiti.

U. MARIOTTI.

Ai dottori L. C. da Miano del Napoli, G. G. da Marcellina e abb. n. 11852-2:

I programmi di esame per gli aspiranti all'autorizzazione a viaggiare come medico di bordo si trovano pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno del 30 aprile 1921, n. 102, e nel Bollettino Ufficiale del Ministero dell'Interno del 1° maggio 1921, n. 13. Possono essere acquistati presso la Libreria dello Stato (Roma), ma se ne può avere conoscenza anche presso gli uffici dei Medici provinciali nelle singole Prefetture.

C.

All'abb. n. 11,374-1:

Per sapere da quali Leggi è regolato l'esercizio della medicina in Egitto può rivolgersi al Consolato di Egitto in Roma, via delle Terme di Diocleziano, n. 3-A.

C.

VARIA.

La scienza metapsichica.

Il prof. M. Ch. Richet nell'abbandonare per limiti di età la cattedra di Fisiologia di Parigi ha esposto in una conferenza i princìpi fondamentali della nuova scienza, alla quale egli ha dato il nome di metapsichica, e che studia tutti quei fatti compresi sotto i nomi di spiritismo, sonnambulismo, medianismo, mesmerismo, fakirismo, lucidità e simili.

Richet definisce metapsichici quei fenomeni che non possono essere spiegati con i fatti noti della psicologia, della meccanica, della fisiologia normali o meglio abituali.

La metapsichica si divide in due capitoli distinti, con metodi differenti e di diverso grado di sicurezza: la metapsichica *subiettiva* e la metapsichica *obiettiva*.

La metapsichica *subiettiva* riguarda lo studio di fatti non abituali, ma nei quali non interviene nessun fenomeno meccanico o materiale e che rimangono puramente psicologici. La lettura di una lettera chiusa in una busta opaca non importa alcun elemento nuovo di meccanica, di chimica, di fisica, è un fenomeno che si limita alla psicologia.

La metapsichica *obiettiva* è lo studio dei fatti meccanici o materiali inesplicabili con la fisica e la chimica abituali: movimenti di oggetti senza contatti, forme d'aspetto vivente viste da diverse persone e fotografabili, rumori violenti uditi a distanza, fenomeni che implicano qualche cosa di più d'una nuova funzione intellettiva, perchè si producono per movimenti di materia, che la meccanica ordinaria non può spiegare.

Un'altra differenza importante consiste nella circostanza che i fatti di metapsichica subiettiva sono molto comuni e che la loro realtà è solidamente ed inoppugnabilmente dimostrata, mentre i fatti di metapsichica obiettiva sono molto rari e si prestano ad obiezioni circa la loro realtà.

La metapsichica subiettiva studia i fatti coi quali si ha la conoscenza della realtà acquisita per vie diverse dalle vie sensoriali ordinarie. In altri termini l'intelligenza può conoscere un frammento della realtà, quando questo non le può essere rivelato dalla vista, dall'udito, dal tatto. Le osservazioni fatte al riguardo sono numerosissime; Richet ne espone due.

Smith, impiegato di banca a Londra, rientra a casa e dopo pranzo discorre tranquillamente con sua moglie. Improvvisamente egli dice: « Che ora è? ». « Sono le 8,45 ». « È proprio alle 8,45 che Fred è morto, l'ho visto ». In effetti a quell'ora precisa Fred, che non era malato, moriva.

Wingfield, nelle Indie, mentre era sveglio nella propria cabina del suo *yacht* vede suo fratello pallido e triste. Spaventato si ritira in un'altra cabina e scrive sulla sua agenda le iniziali di suo fratello con queste parole: *God forbid*, la data e l'ora dell'apparizione. Alla stessa ora dello stesso giorno in Inghilterra suo fratello William Baker moriva in seguito a caduta di cavallo mentre andava a caccia.

Myers ha dato il nome di *telepatia* a queste allucinazioni veridiche, che hanno cioè qualche relazione con la realtà. Egli ha supposto che le vibrazioni cerebrali dell'individuo A si trasmettono in modo misterioso al cervello dell'individuo B.

L'esistenza della telepatia non è dubbia. È probabile che nelle cose esistano vibrazioni impercettibili per la maggioranza degli uomini, ma che in certi individui determinano la conoscenza. Questa conoscenza della realtà il più delle volte è simbolica; la realtà si dissimula sotto un simbolo visivo o uditivo.

Le osservazioni al riguardo sono numerose ed impressionanti tanto che sembrano essere in contraddizione con il nostro senso intimo più profondo, con la nostra libertà. In effetti vi sono non solo veggenza, ma anche preveggenza, cioè a dire non solo la conoscenza della realtà presente o trascorsa, ma la conoscenza della realtà futura.

Richet chiama *criptestesia*, ossia sensibilità nascosta, questa facoltà straordinaria, inabituale dell'intelligenza di poter percepire nozioni (vibrazioni) che i sensi normali sono incapaci di farci acquisire. È quasi dimostrato che la potenza criptestetica, più o meno latente nella maggioranza degli individui, si sviluppa nell'ipnotismo, nel sonnambulismo, nel transe spiritico.

Di tutti i fatti di criptestesia i più interessanti sono quelli relativi alla signora Piper, che è stata studiata da William James, il celebre psicologo americano, da Myers, da Lodge, uno dei più abili fisici viventi, da Hodgson, da Hyslop. Questi eminenti scienziati hanno studiato la Piper per dieci anni ed hanno pubblicato in tre grossi volumi i risultati delle loro osservazioni. Tutti hanno avuta la certezza assoluta che la detta donna non può conoscere per le vie sensoriali abituali i fatti che racconta.

Una volta la Piper in uno dei suoi transe disse: « io sono Giorgio Pelham » che essa aveva appena conosciuto. Volle parlare con il padre, la madre, la fidanzata, i professori, i compagni e gli altri parenti del Pelham, e con tutti la Piper discorreva come se fosse il Pelham ripetendo le conversazioni segrete che ciascuno d'essi aveva avuto con il Pelham quando questi era in vita.

Altri individui, come Chowzin, Reese, Ossowietsky, Kabn hanno presentato fenomeni criptestetici analoghi. I fatti raccolti con rigore assolutamente scientifico, e con l'esclusione di ogni sospetto di frode, provano il modo indubbio che la criptestesia è un fenomeno reale.

Varie ipotesi sono state avanzate per spiegare il fatto; Richet suppone che le cose ed i movimenti provochino certe vibrazioni che possono essere percepite da esseri specialmente sensibili.

Le allucinazioni dette veridiche corrispondono ad un fenomeno reale, lontano e che riguarda una sola persona. In tal caso è più semplice supporre una conoscenza simbolica della realtà che ammettere la presenza d'un fantasma vero con una realtà obiettiva.

Le cose si complicano quando si ha allucinazione collettiva, ossia quando la stessa immagine compare a parecchi individui in modo identico e simultaneamente.

Le allucinazioni collettive esistono ma sono rarissime in confronto di quelle individuali.

Al riguardo il medium più meraviglioso è stata Eusapia Paladino che è stata studiata in Francia da Rochas, Flammarion, Maxwell, Sabatier, Gramont, Courtier, Delan, Boirac; in Italia da Bottazzi, Foà, Schiapparelli, Morselli; in Inghilterra ed altrove da Lodge, Myers, Carrington, Ochorowitz, Schrenck-Notzing, Asakoff.

Il fenomeno essenziale prodotto da Eusapia Paladino è la telekinesia, ossia il movimento degli oggetti a distanza. Sembrerebbe provato che tale movimento è dovuto alla formazione, talora invisibile, di arti e di mani atte a muovere gli oggetti. Richet chiama *ectoplasmi* queste formazioni che emanano dal corpo, hanno tutte le apparenze della vita e scompaiono dopo una più o meno lunga manifestazione.

In Eusapia il fenomeno era indiscutibile.

Richet scrive: « Tenevamo fermi i piedi, le mani, la testa d'Eusapia ed intanto un grosso melone di 3 kg. posto a due metri di distanza si spostava sopra le nostre teste e si poggiava sulla tavola. I tasti d'un piano si abbassavano, mentre il piano era distante da Eusapia due metri e mezzo ».

A questi fatti si sono fatte due obbiezioni: che il fenomeno si verifica solo nell'oscurità e che durante le esperienze Eusapia poteva aver libera una delle mani. Tali obbiezioni non hanno alcun valore quando si consideri che le esperienze sono state fatte alla presenza e sotto la vigilanza di eminenti ed accorti scienziati, come Morselli, Bottazzi, Foà, Ochovowitz, Lodge che mettevano ogni cura nell'eliminare ogni possibilità di frode.

Successivamente sono state fatte altre esperienze la cui attendibilità non può essere messa in dubbio.

Stainton Moses, un pastore protestante di grande elevatura morale, ottenne rumori, movimenti di tavoli, scrittura diretta.

Schrenck-Notzing ha fatto su di un tal Willy esperienze positive, rigorose, ripetute, di un'evidenza impressionante.

Klusky era capace di modellare a distanza impasti di paraffina, dando loro forma di mani e di piedi di ragazzi.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE

LXVIII. — Criteri circa la valutazione dei titoli nei concorsi.

È illegittima la graduatoria se nella relazione della Commissione non siano menzionati alcuni titoli di concorrenti e si debba perciò presumere che non tutti i titoli siano stati valutati.

Il giudizio della Commissione è illegittimo se, pur riconoscendo valido un certificato dal quale risultava che il concorrente aveva prestato lodevole servizio nella condotta che era oggetto del concorso, abbia poi dichiarato non idoneo il concorrente stesso.

Questi criteri si desumono dalla decisione 23 luglio 1925, della V Sezione del Consiglio di Stato, della quale, per maggiore precisazione, riportiamo la motivazione.

« Con altro motivo, che investe le operazioni della Commissione esaminatrice del concorso, si deduce, tra altro, la violazione dello articolo 34 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, numero 446, non che dell'articolo 4 del capitolato del Consorzio, ed eccesso di potere per arbitrarietà di giudizio e per avere omesso di tener presenti alcuni dei titoli prodotti dal ricorrente dott. Foschi;

Considerato che sul principio generale che le Commissioni esaminatrici dei concorsi debbono tener conto, nella pronunzia del giudizio, di tutti i titoli prodotti dai concorrenti non vi è contestazione; e non vi può essere, perchè, quando si omette di valutare alcuni dei titoli presentati, il giudizio non può, come si richiede, essere in corrispondenza con gli atti e, come tale, è viziato di eccesso di potere. Nella specie, la relazione della Commissione esaminatrice non ha in alcun modo tenuto conto dei seguenti titoli, e cioè, di vari attestati di lode rilasciati dai professori universitari circa la capacità del Foschi in varie branche delle materie veterinarie e di igiene, e di un certificato di lodevole servizio nel Comune di Apecchio. Ora, tale omissione che ha un valore decisivo per sè, per le ragioni di sopra esposte, assume un carattere anche più grave, perchè nello articolo del capitolato del Consorzio è detto che « specialmente saranno tenuti in considerazione i titoli riguardanti l'igiene, la polizia sanitaria e la zootecnica »; e appunto alcuni titoli del ricorrentte si riferivano alla igiene (malattie infettive) e alla zootecnica (studi concernenti l'incremento e il miglioramento del bestiame).

Si assume dalla difesa del resistente Consorzio che la circostanza che i predetti titoli non sono stati neppure menzionati nella relazione della Commissione esaminatrice non implica affatto che non siano stati tenuti presenti nel giudizio, ma significa semplicemente che la Commissione li ha ritenuti privi di qualsiasi valore agli effetti della graduatoria;

Considerato che non si può ammettere un principio il quale annulla virtualmente una delle più importanti garanzie formali della regolarità dei concorsi, l'obbligo, cioè, della Commissione esaminatrice di tener presenti nel suo giudizio tutti gli elementi del concorso. Ora, se si ammettesse il principio che, quand'anche dalla relazione non risulta in alcun modo che i titoli siano stati tutti esaminati, tale omissione è coperta dalla presunzione che il silenzio della relazione significa mancanza di valore dei titoli omessi, la circostanza che l'esame dei titoli sia stato incompleto non avrebbe praticamente valore, perchè non potrebbe quasi mai essere provata. D'altra parte, nella specie, trattandosi non di un solo titolo, ma di una categoria di titoli, alcuni dei quali, per precisa disposizione del capitolato, che è la legge del concorso, dovevano essere tenuti in speciale considerazione, la Commissione esaminatrice ben poteva valutarli come credeva, con giudizio insindacabile, ma non poteva esimersi dallo esprimere il giudizio stesso;

Considerato, circa la violazione del regolamento sanitario succitato e la contraddizione e arbitrarietà del giudizio della Commissione esaminatrice, che l'articolo 34 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 446, così dispone: « Nel caso « di concorso per la prima nomina del medico « condotto o dei medici condotti di un Consor- « zio di nuova istituzione, la Commissione dovrà « nella valutazione dei titoli tenere conto spe- « ciale del servizio medico già prestato ai Co- « muni costituenti il Consorzio ». Questa norma, in virtù dell'articolo 1° del capitolato del Consorzio, il quale articolo vi fa espressamente riferimento, trovava applicazione nel concorso di che trattasi;

Considerato che, mentre nella relazione della Commissione esaminatrice si riconosce che il Fo-

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

schi prestava lodevole servizio sin dal 1916 come veterinario nel Comune di Monsampietrangeli, cioè in uno dei tre Comuni costituenti il Consorzio e, possedeva, quindi, uno di quei titoli che, ai sensi della legge del concorso, doveva essere tenuto in conto speciale dalla Commissione esaminatrice, la Commissione stessa, con manifesta contraddizione, dichiara il Foschi inidoneo all'ufficio di veterinario nel Consorzio appunto di cui faceva parte il Comune nel quale il Foschi aveva lodevolmente disimpegnato lo stesso ufficio.

Dice la difesa del Consorzio che la Commissione esaminatrice non era vincolata dai giudizi altrui, come la Commissione di avanzamento per gli ufficiali dell'Esercito e della Marina non sono vincolate dai giudizi delle autorità militari che compilano le note caratteristiche;

Considerato che, nella specie, il caso è diverso; perchè la Commissione esaminatrice del concorso, come risulta dalla relazione ha fatto proprio il giudizio sulla idoneità del Foschi a disimpegnare l'ufficio di veterinario del Consorzio. Difatti, nella relazione, non si dice semplicemente che il Foschi presenta certificati di buon servizio, ma bensì si dice testualmente che presta lodevole servizio come veterinario nel Comune di Monsampietrangeli, uno dei Comuni componenti il Consorzio. Avrebbe potuto, pertanto, la Commissione, valutare come credeva tale titolo ai fini del merito comparativo, ai fini, cioè, di assegnarlo ad un posto più o meno elevato della graduatoria degli eleggibili; ma non poteva certo, senza manifesta contraddizione e senza violazione dell'articolo 34 del regolamento succitato, non tenere in alcun conto il titolo stesso ai fini della idoneità, senza chiarire in modo alcuno le ragioni del giudizio ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRO (*Brescia*). — Proroga 31 ott.

AZZANO X° (*Udine*). — 2ª cond.; vedi fasc. 40. Scad. 31 ott.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CERDIA (*Palermo*). — 2ª cond.; L. 9000 e 5 quinquenni; tassa L. 100 (*sic*). Scad. 31 ott.

CICOGNOLA (*Pavia*). — Scad. 31 ott.; L. 11,000 e 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 300 ambul.; L. 300 uff. san. Ab. 1855; pov. 137.

CITTADELLA (*Padova*). *Ospedale Civile.* — Scad. 31 ott. Medico primario; L. 12,000 e due c.-v.; 5 quadrienni.

CIVITELLA CASANOVA (*Teramo*). — Entro un mese dal 5 ott.; kq. 3300, ab. 3808, di cui circa 1000 iscritti; età lim. 40 a.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500; L. 2400 trasp.; L. 500 se uff. san.; addizion. L. 5 oltre il 15 % della popolazione.

FERRARA. — Condotta per Ravalle; proroga a tutto 10 nov. Nuovo capitolato. Stip. iniz. non infer. a L. 9500.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria N. e Stabb. Riuniti.* — Assistente medico e assistente chirurgo; età mass. 30 a.; L. 5000. Scad. ore 18 del 31 ott. Serv. entro 15 gg.

GATTICO (*Novara*). — Kmq. 15,76 in piano e collina. Ab. 3004; stip. L. 8000; addizion. L. 5 ogni povero oltre i 400; dieci bienni ventesimo; c.-v.; indennità bicicletta L. 500; uff. san. L. 500. Scadenza 31 ottobre.

GAVORRANO (*Grosseto*). — Scad. 10 nov.; per Scarlino; L. 9700 oltre L. 1200 assegno complement. rivedibile; 5 quadrienni dec.

GIULIANO TEATINO (*Chieti*). — Scad. 31 ott.; L. 9000, oltre L. 500 uff. san. e L. 1500 cav.

GORIANO SICOLI (*Aquila*). — Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi. L. 9500 oltre L. 500 se uff. san. Scad. 30 gg. dal 1° ott.

JESI (*Ancona*). — Medico e chirurgo primarî presso l'Ospedale Diociesiano (13 comuni); rispett. L. 10,000 e L. 8,000 e aumenti fino al 50 %; c.-v.; partecipaz. proventi; per la direz., a uno dei due primarî, L. 2000; al med. per sorvegl. e cure Stabilimenti di benefic. dipendenti dalla Congregaz. di Carità L. 1200; indenn. per casi urgenti L. 2000 al med. e L. 2500 al chir. Rivolgersi segreteria della Congregaz. di Carità. Scad. 31 ott.

LORENZO IN CAMPO (*Pesaro-Urbino*). — Al 30 ott.; L. 8000 oltre L. 3000 cav. e 1° c.-v.; età lim. 35 (40) a.; tassa L. 50; L. 2000 se uff. san.

MEDUNA DI LIVENZA (*Teviso*). — A tutto 15 nov.; L. 8000 e 2 c.-v., oltre L. 2500 trasp. e L. 500 uff. san.

MONTECOSARO (*Macerata*). — 1ª cond. e direz. Civico Ospedale; proroga al 31 ott.

PIOBBICO (*Pesaro*). — Scad. 30 ott.; L. 8000 e 3 quadrienni dec.; trasp. L. 2500 se automezzo, L. 3000 se cavallo proprio; c.-v.; L. 300 uff. san.; età lim. 24-45 a.; tassa L. 51.10.

POLAVENO (*Brescia*). — A tutto il 31 ott.; consorzio ab. 1847; iscritti 100; montagna; L. 10,000 e 6 quinquenni dec., oltre L. 3000 trasp. e L. 500 uff. san.; residenza nella fraz. S. Giovanni di Polaveno; abitaz. decorosa gratuita. Serv. entro 10 (*sic*) gg.

PONTEDASSIO (*Imperia*). — Scad. 30 ott.; consorz.; L. 7500 e addiz. L. 5 oltre 500 pov.; 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 3000 per cavalc. ove occorra.

RAVENNA. — Due cond.; età lim. 35 a.; L. 8000 e 5 quadrienni decimo; c.-v.; L. 2500 cav.; indenn. supplem. di L. 500-1000. A tutto 31 ott.

REANA DEL ROIALE (*Udine*). — A tutto 31 ott.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att., 2° c.-v., L. 3000 mezzo trasp., L. 800 uff. san. Rivolgersi Ufficio Municipale.

REGGIO CAL. — Radiologo all'Istituto Diagnostico. Vedi fasc. 42. Scad. 31 ott.

ROMA. *Ministero della Guerra.* — Reclutamento dei sottotenenti di complemento del corpo sanitario. Scad. 31 ottobre. Vedi fasc. 39.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov

SALUDECIO (*Forlì*). — A tutto il 30 ott., 1ª cond.; Ospedale. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. L. 9000 e 10 bienni ventesimo; 2 c.-v.; L. 4000 cav.

S. LORENZO IN CAMPO (*Perugia*). — Al 30 ott.; L. 8000 oltre L. 3000 cav. e 1° c.-v. Età lim. 35 (40) a. Tassa L. 50. L. 2000 se uff. san.

SEDRIANO (*Milano*). — Scad. 31 ott.; età lim. 35 a.; L 10,500 oltre L. 850 uff. san. e L. 400 bic. Ab. 3800. Già in consorzio con Vittuone.

TERAMO. *Congregaz. di Carità.* — Aiuto di medic. e aiuto di chir. nell'Ospedale Civile; L. 5000 oltre c.-v. in L. 100 mens., partecipaz. proventi. Scad. ore 12 del 5 nov. Età lim. 35 (40) a. Nomina e conferma quadriennali. Chiedere annunzio.

TORINO. *O. P. Ospedale S. Luigi Gonzaga.* — Chirurgo primario e medico primario; L. 7500; età mass. 45 a. Tre medici assistenti; L. 5000; età lim. 30 a. (35 per gli ex combattenti, 39 per gl'invalidi di guerra). Scad. 20 nov. Domande alla Direzione (via Garibaldi, 23).

VIBONATI (*Salerno*). — Scad. 14 nov.; età lim. 45 a.; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; c.-v.

VITTUONE (*Milano*). — A tutto il 31 ott.; lire 11,500 oltre aumenti periodici; L. 400 bicicl., L. 700 uff. san. Ab. 2277, pov. 130. Età lim. 35 a.

VOLTRI (*Genova*). *O. P. Ospedale San Carlo.* — Medico primario; titoli ed eventualmente esami; L. 6000 (*sic*). Scad. ore 18 del 31 ott. Età lim. 40 a. Laurea da 5 anni. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio alla segreteria.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

Premi Paravicini.

È aperto il concorso a due premi Paravicini, uno per la medicina, l'altro per la chirurgia, dell'importo di L. 10.000 ciascuno, tra medici-chirurgi aiutanti, assistenti e supplenti dell'Ospedale Maggiore di Milano, per recarsi all'estero e perfezionarsi occupandosi particolarmente della: «fisiopatologia del ricambio con particolare riguardo alla terapia alimentare», per la medicina e della «chirurgia infantile» per la chirurgia. Esami. Documenti al Protocollo del Consiglio non oltre il 30 nov.

IIª borsa di studio Wassermann per dottoresse in medicina.

È aperto il concorso per una borsa di studio di lire cinquemila da assegnarsi ad una dottoressa italiana, laureata in Medicina e Chirurgia, che intenda compiere un anno consecutivo di studi di perfezionamento presso una Università od Istituto Superiore del Regno.

L'assegno sarà corrisposto in rate trimestrali anticipate di lire mille ciascuna, con decorrenza dal 15 dicembre 1925. La scelta dell'Università o Istituto Superiore è in facoltà della concorrente, ma dev'essere subordinata alla approvazione della Commissione aggiudicatrice. Questa sarà composta di tre dottoresse e nominata dal Consiglio dell'Associazione Nazion. Ital. Dottoresse in Med. e Chir. Le domande in carta libera, corredate dei documenti dovranno essere indirizzate alla Presidente dell'Associazione (dott.ssa Myra Carcupino Ferrari - Salsomaggiore) non più tardi del 5 novembre. Per le altre condizioni chiedere annunzio.

UNIVERSITÀ DI MILANO. — *Fondazione Luigi Mangiagalli.* — Cinque posti di perfezionamento (L. 1500 per un anno) presso una clinica o Scuola sperimentale della detta Università per medici laureati da non più di tre anni.

Fondazione Pier Diego Siccardi. — Quattro posti di perfezionamento (L. 1800 per un anno) presso la Clinica di malattie professionali per medici laureati dopo il 1° luglio 1924.

Domande in carta bollata da 2 lire con certificato di laurea e punti di merito riportati nella carriera scolastica; indicazione dell'Istituto a cui si intende concorrere. Indirizzare alla Segreteria dell'Università (viale S. Michele del Carso, 25) non oltre il 30 novembre.

Borsa Famel di L. 5000, a favore di un laureato nel 1925 a Milano per frequentare per almeno tre mesi un Istituto medico o Clinica di Parigi. Domande come sopra.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È stata commutata in medaglia d'argento al valor militare una medaglia di bronzo che il dott. Barbanti Brodano aveva già riportata. Eccone la motivazione:

«Volontario di guerra, mentre noncurante del pericolo attendeva con la consueta premura a medicare militari, feriti dallo scoppio di una granata di grosso calibro, veniva egli stesso travolto da altra granata.

«Sebbene contuso, rimessosi subito dal primo naturale sbigottimento, con nobile esempio di coraggio e di sentimento del dovere, attraversava un tratto di terreno fortemente battuto dall'artiglieria avversaria per recarsi a soccorrere un ufficiale.

«Ricoverato in un Ospedale da campo per shoc nervoso conseguente alle contusioni riportate, il giorno successivo ritornava spontaneamente al suo posto in prima linea. — Podgora, 21 luglio 1915».

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Esposizione per l'Igiene industriale e per le misure preventive contro gli infortuni.

(Essen, 13-30 settembre 1925).

Organizzata dalla « Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene », con sede a Francoforte sul Meno, il 13 settembre fu inaugurata ad Essen la « Gesundheit und Arbeit » esposizione per l'igiene industriale e per la prevenzione degli infortuni. A visitarla furono invitati i partecipanti al IV Congresso internazionale di infortunistica e malattie del lavoro.

L'esposizione non presentava gran che di nuovo e di molto interessante. Essa era divisa in due padiglioni, uno dei quali riguardava quasi esclusivamente l'industria mineraria del carbone. Erano messi in mostra, da parte di molte ditte, apparecchi di salvataggio, lampade di sicurezza, tipi di ventilatori, di ascensori, di barelle, di cassette di soccorso; numerosi gli apparecchi per l'inalazione dell'ossigeno e per la respirazione artificiale; gli apparecchi di disinfezione; le maschere per la respirazione in ambienti invasi da gas tossici; gli occhiali per la prevenzione dei traumi oculari. Nulla di più che un'esposizione campionaria dei più comuni e noti mezzi per la prevenzione degli infortuni e per il pronto soccorso.

Nel campo delle malattie professionali, grafici dimostrativi sulla diffusione dell'anchilostomiasi, del carbonchio, della tubercolosi, ecc.; pezzi anatomici e fotografie dimostrative delle lesioni prodotte dalla tubercolosi e dalle pneumococciosi, preparati microscopici riguardanti le infezioni professionali.

Interessante la raccolta di grafici dimostrativi sui metodi seguiti negli istituti di Berlino e di Monaco per l'orientamento professionale nei vari mestieri, e dei vari tipi di « testi » mentali adottati; si può dire che questo era uno dei reparti più importanti dell'esposizione.

Di scarsa importanza invece l'esposizione delle protesi ordinarie e da lavoro, delle tavole murarie dimostrative per le istruzioni di pronto soccorso, e delle tabelle illustrate per richiamare l'attenzione degli operai sugli infortuni più gravi nelle diverse industrie e sui mezzi per evitarli.

Quasi trascurata l'esposizione dei mezzi per proteggere l'operaio contro i rischi delle macchine industriali.

Nel campo dell'assistenza sociale numerosi i grafici dimostrativi delle Casse d'invalidità e di malattia, sulla morbosità e morbilità fra gli assicurati, e le fotografie di case di cura, di convalescenziari, di colonie profilattiche e curative, di refettori, di bagni, di cucine, di dormitori e di locali per cure ambulatorie e di pronto soccorso sia nelle officine industriali che nelle stazioni ferroviarie. Importante, a questo proposito, l'esposizione fatta dalla Direzione delle Ferrovie della Ruhr.

Contemporaneamente all'inaugurazione dell'Esposizione fu tenuta nei giorni 13-15 settembre la riunione principale annuale della « Deutsche Gesellschaft für Gewerbehygiene » nella quale furono ampiamente discussi i seguenti temi:

1) Avvelenamento da ossido di carbonio e mezzi di prevenzione (Dottori Heubner e Forstman).

2) Temperatura e umidità negli impianti industriali e loro importanza per la salute dei lavoratori; mezzi di prevenzione (prof. Koelsch, prof. Rosenthal, ing. Spaunagel).

Numerose le comunicazioni sulle più recenti osservazioni scientifiche e pratiche nel campo della igiene industriale.

Dai congressisti furono anche visitati gli stabilimenti industriali di Essen.

L'esposizione fu visitata da parecchi medici italiani, fra i quali il prof. Aiello della Clinica del Lavoro di Milano, il prof. Diez ed il dott. Teppati delle Ferrovie dello Stato. S. D.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione medica).

L'assemblea dei soci si riunirà in Roma il giorno 28 ottobre p. v. alle ore 17 nei locali dell'Istituto di Clinica Medica (Policlinico).

Ordine del giorno: Rapporto del prof. Vittorio Ascoli, ff. presidente, sulla crisi dell'Associazione e risoluzioni relative.

Potranno essere ammessi anche medici non soci, purchè presentino prima della seduta particolare domanda e facciano riconoscere la qualità di giornalisti.

Coloro che desiderano partecipare alla riunione potranno giovarsi per il ribasso di prezzo del viaggio della tessera del Congresso di medicina interna o di quella del Congresso di chirurgia o della tessera per l'Anno Santo.

Società italiana di medicina interna.

La Segreteria della Società Italiana di Medicina Interna comunica il seguente programma dei lavori del XXXI Congresso.

Lunedì 26 ottobre: ore 10: Inaugurazione del Congresso della Società Italiana di Medicina Interna. — Ore 10.30: Relazione sull'esame funzionale dell'apparato respiratorio (prof. G. Boeri, Napoli). — Ore 14.30: Riunione del Consiglio direttivo. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato respiratorio; 2) Tubercolosi. — Ore 19.30: Conferenza del prof. S. Baglioni (Roma): Fisiologia e Clinica umana.

Martedì 27 ottobre: ore 9: Relazione sulle « Cirrosi epatiche » (prof. L. D'Amato e prof. G. Sabatini). — Discussione. — Comunicazioni relative al tema della relazione. — Ore 14.30: Comunicazioni riguardanti: 1) Fegato e vie biliari; 2) Apparato digerente; 3) Ricambio materiale; Terapia e farmacologia.

Mercoledì 28 ottobre: ore 9: Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia. — Relazione sulla «Cura del morbo di Flajani-Basedow» (relatori: prof. A. Ferrata - *Pavia* (per la parte medica) e prof. P. Fiori - *Modena* (per la parte chirurgica). Per la radioterapia: prof. E. Milani - *Roma*). — *Discussioni*: Comunicazioni relative al tema della relazione. — Ore 14.30: Assemblea della Società Italiana di Medicina interna col seguente ordine del giorno: Comunicazioni della Presidenza; Bilancio sociale; Rinnovamento delle cariche sociali; Sede e temi del XXXII Congresso; Varie. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: 1) Ghiandole a secrezione interna; 2) Sangue ed apparato emopoietico; 3) Malattie infettive e batteriologia. — Ore 18.30: Riunione del Consiglio Direttivo.

Giovedì 29 ottobre: ore 9: Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato circolatorio; 2) Terapia, farmacologia; 3) Sierologia; 4) Sistema nervoso; 5) Semeiologia e radiologia. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: 1) Apparato urinario; 2) Malaria; 3) Malattie del sistema locomotore; 4) Varie ed aggiunte. — Ore 18: Chiusura del Congresso.

Per ogni schiarimento rivolgersi al Segretario del Congresso prof. Giuseppe Sabatini, R. Clinica Medica (Policlinico - Roma).

Perfezionamento in Clinica pediatrica.

Avrà luogo un corso di perfezionamento, presso l'Università di Firenze, per il biennio 1925-27 sotto la direzione del prof. Carlo Comba.

Alla fine del primo anno sarà obbligatorio l'*esame di profitto*.

Al termine del biennio gli iscritti conseguiranno il *Diploma di perfezionamento*, che darà diritto alla qualifica di *Specialista pediatra* (art. 4 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909), dopo avere superato le prove di esame, consistenti nella discussione di una tesi scritta sopra un tema di pediatria ed in saggi clinici atti a dimostrare la maturità pratica dei candidati.

Le tasse, oltre quelle di laboratorio, sono le seguenti e devono essere versate alla cassa della R. Università (Piazza S. Marco, 2): Tassa d'iscrizione annuale (pagabile in due rate), L. 900,50; Tassa di esame di profitto, L. 30,10; Tassa di esame di diploma, L. 100,10. Oltre alle tasse suindicate, gli iscritti dovranno versare ogni anno alla Segreteria L. 7,05 per libretto, bolli, diritti e marca.

Per informazioni e chiarimenti rivolgersi alla Direzione della Clinica Pediatrica (Ospedale A. Meyer), via Mannelli, 115, Firenze (23).

Consiglio superiore della Cassa Nazionale Infortuni.

Si è adunato in sessione straordinaria con lo scopo precipuo di portare il proprio esame sulla gestione dell'assicurazione infortuni in agricoltura svolta dall'Istituto nella quasi totalità del Regno durante il periodo sessennale di applicazione di questa provvidenza legislativa.

A conclusione della importante manifestazione, il Consiglio ha votato unanimamente un ordine del giorno proposto dal comm. dott. Julo Fornaciari, col quale si afferma che la Cassa Nazionale Infortuni ha pienamente corrisposto con la gestione affidatale agli intendimenti del legislatore, soddisfacendo con retta ed economica amministrazione alle esigenze degli assicurati e dei proprietari e termina con la deliberazione di dare comunicazione dei risultati posti in evidenza dalle relazioni del consigliere dott. Tasca-Bordonaro e della Direzione Generale dell'Istituto, a S. E. il Ministro dell'Economia Nazionale e di portare tali risultanze a conoscenza delle organizzazioni agricole sia di datori di lavoro che di lavoratori.

Indennità pagate dalla Cassa Nazionale Infortuni.

Durante il 1° trimestre del corrente anno (42° del suo esercizio) la Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro — col tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno — ha compiuto, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per le assicurazioni degli infortuni nelle industrie ha emesso 26,243 nuove polizze assicuranti altri 362,337 operai; ha ricevuto 39,703 denunzie d'infortunio e ha pagato lire 17,094,410.88 di indennità per 35,099 casi, di cui 151 di morte e 2,187 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denunzia di 10,183 infortuni e ha pagato lire 4,002,354.55 di indennità per 7.817 casi, di cui 184 di morte e 968 di inabilità permanente.

In totale nel 1° trimestre del corrente anno la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denunzia di 49,886 casi di infortunio ed ha pagato oltre 21 milioni di lire di indennità.

Una nuova Scuola per infermiere a New York.

Il «Presbyterian Hospital» di New York ha aperto una sottoscrizione per 1 milione di dollari, pari a 15 milioni di lire it., allo scopo di fondare una nuova Scuola per infermiere nel «Presbyterian-Columbia Medical Center». La signora Stephen V. Harkness ha contribuito con i quattro quinti alla sottoscrizione, che è stata interamente coperta.

Contro la vivisezione nel Belgio.

Sono stati presentati al Senato belga due disegni di legge per la soppressione della cosidetta «vivisezione». Secondo questi due progetti, verrebbero vietati tutti gli esperimenti sugli animali, nonchè l'utilizzazione degli equini per la produzione di sieri e l'impiego di cavie e conigli a scopo diagnostico.

Energiche proteste contro queste minacciate restrizioni sono state sollevate dall'«Académie royale de Médecine de Belgique» e dalle Facoltà mediche

di Liegi, Brusselle, Lovanio e Ghent. Se si giustifica di eliminare le crudeltà inutili, si deve però riconoscere e proclamare che l'impiego degli animali è indispensabile per i progressi della medicina, come pure per intendimenti diagnostici e curativi.

Nuovi periodici.

È giunto al suo terzo numero il periodico « *Le assicurazioni sociali* », organo della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali; pubblica studî originali, notizie, statistiche, informazioni varie, riviste bibliografiche, atti ufficiali, ecc. su quanto concerne le assicurazioni sociali in Italia ed all'Estero. La direzione della rivista è presso la sede centrale della Cassa Nazionale, in Roma, Corso Umberto I, 329.

Infortuni di sanitarî.

Il prof. dott. Montino, direttore dell'Ospedale di Umbertide (Perugia), è stato casualmente ferito da un colpo di rivoltella al malleolo.

Nuova potente sostanza radio-attiva?

Alla Società americana di Chimica sono state descritte da Viol le proprietà del « radion », sostanza che sarebbe 190,000 volte più attiva del

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

Si è spento a Bologna il prof. FERRUCCIO TARTUFERI, ordinario di clinica oculistica in quella università; ha compiuto lavori pregevoli d'istologia, anatomia normale e patologica dell'occhio. Era nato a Fabriano (Ancona) nel 1852.

Pure a Bologna si è spento il prof. GIOVANNI PERNA, che per varî anni vi fu incaricato di anatomia topografica ed attualmente era direttore incaricato dell'Istituto di anatomia a Messina; ha compiuto apprezzate ricerche di anatomia micro- e macroscopica. Era nato a Regalmuto (Catania) nel 1876.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Med. Ibera, 23 mag. — J. VERDES MONTENEGRO. Diagnosi eziologica dell'asma.

Studium, 20 mag. — A. CARDARELLI. Stenosi esofagea da carcinoma. — L. IACOPINO. Miasi intestinali.

Journ. d. Prat., 23 mag. — SICARD. Angiospasmo cerebrale da saturnismo.

Pathologica, 15 mag. — G. FRANCHINI. Cistite amebica.

Riv. di Terapia Med., mag. — V. RUATA. Nicotinismo, ambliopia nicotinica e loro cura.

Scalpel, 23 mag. — H. MAGOS. Lo choc ostetrico.

Journ. Méd. Franç., mar. — Numero sulla vaccinoterapia.

Riforma Med., 27 apr. — Resoc. del congresso antituberc. — M. ARTOM. Sul fattore simpatico nella patogenesi delle dermatosi infantili.

Bull. Ac. de Méd., 19 mag. — P. BAZY. Conseguenze remote di radioter. profonda.

Revue de la Tuberc., mar. — E. ARNOULD. La tub. coniugale. — PARODI. Valore e misura delle pressioni nei pneumotoraci artific.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 24 mag. — A. CAMPANI. Infezione e reinfezione tubercolare.

Morgagni, 24 mag. — V. TANTURRI. Tuberc. laringea ignorata e profilassi sociale.

Ann. d'Igiene, mar. — E. DI MATTEI. Difficoltà e incertezze sulla diagnosi batteriologica della peste dei murini. — P. C. BARDELLI. Linfangite criptococcica. — M. COLLINA. Sieroterapia della sifilide.

Zeitschr. f. Tuberk., mag. — F. GLASER. La febbre quale neurosi vegetativa. — M. KALLEWEIT. Dissoluz. di aderenze e produzione di essudati.

Arch. f. Sch. u. Tr.-Hyg., 1 giu. — O. URCHS. La somministr. di chinina secondo OCHSNER.

Practitioner, giu. — B. T. PARSONS-SMITH. Il meccanismo del collasso cardiaco. — A. SCOTT GILLET. La stitichezza e la sua cura radicale. — T. P. RYAN. Bicloridrato di chinina associato ad estratto pituitario nel travaglio.

Riv. San. Sicil., 1 giu. — B. DE VECCHI. Le endocarditi.

Stomatol., giu. — R. MIELA. I denti e la dentizione in med. leg.

Presse Méd., 27 mag. — Numero su Charcot.

Deut. Med. Woch., 29 mag. — ROSENOW. Medicina interna e turbe delle secrezioni interne. — M. HAHN, H. HERXHEIMER e W. BROSE. Stato sanitario e prognosi di longevità negli sportivi di età avanzata.

Mediz. Klinik, 29 mag. — C. HIRSCH. Fisiol. e patol. comparate del ricambio minerale. — J. CITRON e H. HIRSCHFELD. Diatesi emorragiche ed anemia aplastica nelle cure antiluetiche.

Gazz. d. Osp. e di Clin., 31 mag. — M. CAYREL. Infez. acuta mortale da B. proteus; intossicazioni alimentari. — G. GALLI. Patogen. ed ereditarietà dell'arterioscler.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mag. — Numero sulla dermo- e sifilografia.

Minerva Med., 31 mag. — Numero su A. Carle e lo sviluppo della chirurgia in Piemonte.

Brit. Med. Journ., 30 mag. — R. HUTCHISON. Mode e ciarlatanismi in medicina.

Journ. Am. Med. Assoc., 9 mag. — R. C. MOCHING. Antagonismo tra estratto posteriore dell'ipofisi e insulina. — A. I. MANVILLE. Effetti delle radiazioni sull'olio di feg. di merluzzo. — E. O. JORDAN e a. Bacilli del tifo e ostriche.

Revue Neurol., mag. — L. BARD. Azione del cervelletto nella regolaz. dei movim. — J.-A. SICARD. Ariflessia achillea nei trattam. novarsenicali. — N. ANTONI. Rachicentesi capillare.

Radiol. Med., giu. — G. BIANCHI. Vizi di posizione congeniti e patologia del grosso intestino. — U. NUVOLI. Cuore e aorta in un caso di m. di Addison.

Journ. Am. Med. Assoc., 16 mag. — W. J. MAYO. Contributi della scienza pura ai progressi della medicina. — L. E. GRIMBERG. L'iperpnea quale metodo diagnostico. — A. HAMILTON et al. Tetractile piombico. — E. T. GATEWOOD. L'encefalite.

Presse Méd., 30 mag. — M. CHIRAY e I. PAVEL. Fisiologia della vescichetta bil.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mag. — A. STEIN. Gangr. d. estremità consecut. a operaz. ginecologica e al puerperio. — G. GIBSON. Esiti remoti dell'oper. Emmet-Baldwin sulla procidentia. — G. W. CRILE. Teoria biofisica del cancro. — E. W. ADAMS. Il cordone ombel. breve.

Wien. Arch. Klin. Med., 15 mag. — K. CSÉPAI et al. Azione dell'adrenalina. — E. v. KERN e J. KUNZE. Azione della tbc. sul sist. nerv. vegetat. — L. HOLLAENDER. Sintomatol. e terapia della policitemia.

Med. Ibera, 30 mag. — I. CODINA CASTALDI. L'immunità tegumentaria nella tbc.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

ANNO XXXII — Roma, 2 Novembre 1925 — Fasc. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Un'utile modificazione della prova di Cohn nella diagnosi del cardiospasmo.

A. KNIPFER (Bologna).

Gli spasmi nella regione del tratto inferiore dell'esofago non hanno una patogenesi unitaria e non vi è quasi malattia cui non sia stato imputato di poterli determinare. Quando questo fenomeno si presenta nella sua forma *essenziale* e non è dovuto p. e. ad affezioni del tubo digerente, della parete esofagea stessa, ad alterazioni organiche delle vicinanze, la letteratura più recente tende ad attribuire al vago ed al suo equilibrio alternante col simpatico una posizione patogenetica predominante, e questa influenza del vago potrebbe forse anche essere l'unica causa movens nel determinismo del cardiospasmo e della dilatazione idiopatica dell'esofago, che al cardiospasmo si associa. Dato l'interesse che può offrire questo problema tutt'ora insoluto riporterò un caso in cui lo studio del passaggio degli ingesti (grossi boli di bario, opachi ai raggi X) dall'ultimo terzo dell'esofago fino all'imbocco nello stomaco ha permesso di osservare il momento in cui lo spasmo si rompe all'improvviso ed avviene il repentino ed ampio passaggio dei boli nello stomaco.

Per la migliore comprensione della chiusura patologica *funzionale* del cardias dobbiamo premettere alcune considerazioni fisiologiche: Come è noto l'esistenza di un vero e proprio sfintere all'imbocco dello stomaco può essere esclusa. Le fibre muscolari che in questa regione si incrociano fra esofago e stomaco, in corrispondenza del cardias si compongono di tre strati: 1) lo strato esterno con fibre longitudinali, provenienti dalle fibre longitudinali dell'esofago; 2) lo strato medio con fibre circolari che provengono dalle fibre circolari dello stomaco; 3) lo strato profondo con fibre oblique che hanno rapporti di origine con fibre circolari dell'esofago (Forssell, Fleiner, Bauer, ecc.).

Queste fibre sono capaci di strozzare il canale esofageo, per quanto lo strozzamento sembrerebbe trovarsi situato al disotto della corrispondente posizione anatomica del cardias. In questo senso parlano le osservazioni dello Starck il quale nella chiusura del cardias non vede una contrazione anulare ma bensì una contrazione

canaliforme lunga 2-4 cm. del tratto gastrico del cardias. Questa eventuale diversità di sede nulla altera naturalmente nella possibilità d'un'occlusione di cui le condizioni non sono ancora ben chiare. Il vago però sembra esservi particolarmente impegnato. Naturalmente alla chiusura del cardias non dovrebbe bastare la contrazione di un singolo fascio muscolare che abbia un'innervazione unica. Si tratta invece probabilmente di un complicato ed alternante giuoco di equilibri nel sistema simpatico e parasimpatico, che determina la chiusura.

Basterà così anche solo un lieve spostamento nel giuoco di queste forze antagonistiche per avere un disturbo funzionale, il cardiospasmo. Si potrà quindi concludere che la causa immediata di tale turba debba risiedere in un alterato equilibrio dei predetti sistemi (simpatico-parasimpatico) anche se le cause che lo producono possono essere della più svariata natura come la prova un'ampia casistica.

Dallo spasmo dal cardias, che può aver luogo in qualunque tratto del canale cardiaco si può forse isolare lo spasmo dell'hiatus. Qui i pilastri muscolari del diaframma abbracciano l'esofago.

Talune anse lo circondano e terminano anche nelle pareti esofagee: Muscolo frenoesofageo. Già nell'esofago normale a questo punto avviene un breve arresto degli ingesti. Si potrà quindi pensare che per cause neurogene o comunque non ancora ben chiare possa in questo punto insorgere uno spasmo (funzionale sempre), dovuto all'anello diaframmatico stesso. Non si potrà in questi casi parlare di spasmo, chè uno spasmo del diaframma dovrebbe aprire maggiormente l'hiatus: forse in questi casi vi è una paresi del nervo frenico.

Nel successivo decorso del cardiospasmo viene coinvolto l'esofago. Sembrerebbe che le fibre costrittorie dell'esofago abbiano un'innervazione analoga a quelle che rilasciano l'imboccatura gastrica. Contemporaneamente allo spasmo del cardias si avrebbe quindi un rilasciamento dell'esofago che verrebbe secondariamente ad essere aumentato dallo spasmo stesso.

Lo stato spastico nel tratto cardiaco ha un inizio lento, insidioso fino a che la dilatazione dell'esofago non darà dei disturbi: Senso di peso, di oppressione, difficoltà nella deglutizione, rigurgito. I segni di stasi degli ingesti non mancano mai e sono oltremodo caratteristici. L'ammalato si serve delle più svariate manovre (bere dell'acqua, ispirazione, ecc.) per provocare il passaggio degli ingesti. Allorquando il cardias si apre ed il contenuto dell'esofago scivola nello stomaco l'ammalato ha la sensazione come se si « aprisse uno sportello ».

Dopo questa necessaria divagazione veniamo al caso studiato:

Iginia A., di anni 22, nubile. Nulla di notevole nel gentilizio. Mestruata a 13 anni. Due anni fa appendectomia. Non ricorda di avere avuto altre malattie.

Quattro o cinque mesi dopo l'operazione ha cominciato a soffrire di disturbi nella deglutizione, specialmente se i cibi erano asciutti e solidi; questi, non appena ingeriti, le producevano una sensazione come di una palla dietro lo sterno. Questo disturbo si è accresciuto e da vari mesi la paz. ha spesso rigurgito subito o talvolta anche un quarto d'ora dopo l'ingestione di cibi.

È in ottime condizioni fisiche, ha colorito roseo, sano e non è diminuita di peso dall'inizio della malattia. All'esame semeiologico nulla si rileva a carico degli organi toracici ed addominali. Polso 80, ritmico, normale. Riflesso oculocardiaco 0. Nessuna influenza della atropina sullo spasmo. Il sondaggio continuato e metodico dell'esofago non ha dato risultati.

Esame radiologico. — Radioscopia, in piedi): Mediastino completamente libero. I campi polmonari, gli ili appaiono del tutto normali. Cuore normale. Cupole diaframmatiche ampiamente mobili e con escursioni normali.

Si somministra il pasto opaco (latte al bario): la massa opaca scende rapidamente nell'esofago e si arresta al disopra del diaframma, disegnando una colonna un po' più larga di quella di un esofago normale, a margini che presentano di quando in quando delle contrazioni anulari, scorrenti verso il basso, con contemporanea ascesa del liquido.

Dopo un secondo ed un terzo bicchiere la paz. ha dei rigurgiti. Dopo qualche tempo si osserva che vi è sempre una certa quantità di liquido opaco nell'esofago ma che una discreta parte è passata nello stomaco. Si riesce a vedere una sottile striscia di bario a direzione obliqua verso sinistra, che va dal punto chiuso dallo spasmo fino allo stomaco. La pressione sui bulbi oculari non modifica la sindrone radiologica sopradetta nè riesce ad eliminare lo spasmo.

All'indomani, a stomaco vuoto, si fanno ingerire a breve distanza cinque boli, all'ostia, di bario, alquanto grossi. Invitata a deglutire il primo bolo con un sorso d'acqua la paz. compie l'atto senza difficoltà. Non appena il bolo viene spinto nell'esofago dai costrittori faringei questo dà l'impressione come se cadesse in mezzo a del liquido di cui però non si riesce a vedere il livello superiore, data l'assenza di gas. Questo primo bolo scende rapidamente fino quasi a metà dell'esofago toracico e poi lentamente fino al disopra dell'hiatus, per poi, da questa sede, salire di tanto in tanto in alto coi movimenti del diavoletto di Cartesio.

Dopo un po' il bolo si ferma al disopra dell'hiatus, viene un po' allungato e come afferrato dalle contrazioni della parete esofagea.

Un secondo bolo discende colla stessa modalità del primo e va a raggiungere il primo bolo, in coda, poi discende ancora un poco, fino ad accollarglisi lateralmente e medialmente.

Ciò che importa è che in nessun punto della discesa del secondo bolo, come pure in nessuna fase del movimento alto della deglutizione faringea il primo boccone subisce uno spostamento sopratutto di quelli che indicano un suo impegnarsi nell'hiatus.

Il 3°, 4° e 5° bolo si succedono colle stesse modalità, prima accodandosi ai boli precedenti, poi affiancandosi a loro, così da formare un cuneo opaco con base in alto e punta in basso, sopradiaframmatica. Questo cuneo viene visibilmente lavorato e subisce la configurazione, la impronta dei movimenti peristaltici esofagei.

A questo punto abbiamo dunque vari boli, ciascuno della grandezza d'una mandorla nella porzione sopradiaframmatica dell'esofago. Ogni bolo è immerso in liquido e mantiene la sua *forma* (cioè non si è rotto pur essendo costituito di solf. di bario in ostia); che mantenga la sua forma lo si deduce da qualche movimento di ascesa.

Somministrando allora un bicchiere di acqua e bario la paz. non lo beve d'un colpo; tuttavia si osserva una rapida discesa del bolo. Poco dopo la stessa prova — mal riuscita — fa discendere un secondo bolo. Ma alla terza prova che riesce bene, due boli uniti passano di colpo il canale dell'hiatus e cadono nello stomaco.

Dopo alcuni giorni si riprendono tutte le esperienze fatte: stenosi all'hiatus come nei giorni passati; esofago modicamente dilatato (tutto ciò coll'acqua e bario). Grossi boli di bario scendono, si affiancano come negli esperimenti precedenti. Prova del bicchiere d'acqua e radiografia. Un radiogramma (2°) che corrisponde al momento di deglutizione del bicchiere d'acqua ha sorpreso due e più boli passati d'un colpo attraverso l'anello dell'hiatus, che si è subito richiuso, ed avviati lungo il tratto esofageo sottodiaframmatico verso lo stomaco. Da aggiungersi che in qualche prova fatta nei giorni successivi si è osservato che insistendo nella prova di Cohn se ne perde l'effetto.

DISCUSSIONE.

I due boli che sono passati contemporaneamente nello stomaco, superando con facilità la parte spastica, dimostrano chiaramente come non esista una stenosi ma solo uno spasmo. Il passaggio ha permesso successivamente di osservare accuratamente tutto il canale cardiaco, che risultò normale. Nel caso esaminato non vi sono segni di lesioni organiche dell'esofago o del tubo digerente in generale, nè esistono alterazioni negli organi delle vicinanze.

Per quanto sia stato descritto un caso di cardiospasmo subentrato dopo un'ovorectomia (Castelli), non sembra che l'appendectomia debba essere chiamata in causa. L'aspetto a salsicciotto legato alla base, che presenta l'esofago quando è riempito, ha tutti i caratteri della dilatazione idiopatica.

Circa la sede dello spasmo diremo che è nettamente al disopra del diaframma. L'ostacolo allo svuotamento è costituito probabilmente dall'anello diaframmatico e non vi è elemento che riveli un'iperfunzione sfinterica del cardias. Si tratta quindi di un freno-cardiospasmo nel senso del Giusez.

Il caso studiato è uno dei tanti e non presenta caratteristiche speciali, ma il suo studio, praticato nell'Istituto di Radiologia del prof. A. Busi ha permesso di adoperare un accorgimento che riesce anche meglio della prova di Cohn a mettere in evidenza la natura dello spasmo dimostrando con sicurezza la sua natura funzionale. I boli piuttosto grandi, che sono rimasti intatti, e che corrispondono alle dimensioni di bocconi comuni, col loro facile passaggio, dimostrano, senza dover ricorrere ad altro artificio, come lo spasmo cessi all'improvviso in modo completo.

La cessazione improvvisa dello spasmo parrebbe non in dipendenza dal peso della colonna di acqua bevuta, ma verisimilmente ad un riflesso che parte dall'alto faringe al momento dell'ingestione del liquido. Solo quando questo liquido viene ingerito *a piene fauci* lo stimolo è sufficiente, poichè introducendo la medesima quantità di acqua a *piccoli sorsi*, il fenomeno *non* avviene.

Per un riflesso alto-faringeo dell'apertura improvvisa del tratto spastico parlerebbe anche la sua facile esauribilità: Ripetendo subito la nostra prova il fenomeno non avviene e l'ammalata ha violenti rigurgiti; viceversa si presenta in modo identico ripetendo la prova dopo qualche tempo.

BIBLIOGRAFIA.

A. BUSI. *Radiologia* (nel *Trattato di Semeiologia fis. e Diagn. chir.* del TADDEI, U. T. E., Torino).
W. DÜGG. *Beitrag zur Frage des sog. Cardiospasm u. d. idiop. Oesophagus-dilatation*, F. d. R., X.
L. FEDDER. *Kasuistischer Beitrag zur idiop. oesophagus dilatation*, F. d. R. XXXII.
H. STARK. *Ueber spasmogene Speiseröhr. Erw. im Röntgenbilde*, F. d. R., XXXII.
V. UTILI. *Due casi di spasmo esofageo.* La Radiol., M. XII, 7.
E. CASTRONOVO. *Dilat. idiop. dell'esof. associata a stenosi pilorica.* Radiol. Med., XIV, 6.

M. LUPO. *Anomalie della deglutizione esofagea da squilibrio vago-simpatico*, Rad. Med., XII, 4.
ASSMANN. Klin. Röntgenb. Diagn. d. inn. Krkh. Leipzig, 1922.
BERTOLOTTI. *Diario radiol.*, 1925, 5.
B. BELLUCCI. *Un interessante caso di spasmo esofageo*, Arch. di Rad., 1, 3.
BERTOLOTTI. *Studio Radiol. sulla deglutizione di un bolo incapsulato*, Rad. med., 9, 1923.
CASTELLI. *Dilat. idiop. dell'esofago o megaesofago*, Riv. Med., 12, 1923.

Vedi anche bibliografia citata dal BERTOLOTTI nel *Diario Radiol.*, 5, 1923.

HIRSCH. *Zur Kenntniss d. diff. Sp. Röhr. Erw.* M. m. W., 1919, 40.
ID. *Zur Pathol. d. diff. Oesoph. dilat.* B. Kl. W., 1920, 21.
HUBER. *Z. Kenntn. d. allg. Sp. Röhr. Erw.* Arch. f. Verd. Krkh., 26, III, 1920.
KAUFMANN u. KIENBÖCK. *Ueb. Erkr. d. Sp. Röhr.* W. Kl. W., 1909, n. 35-38.
MEYER. *Entst. u. Bhdlg. d. Speis. Röhr. Erw. u. d. Cardiospasm.* Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., 34, 1922.
V. MIKULICZ. *Zur Pathol. u. Ther. d. Cardiospasm.* D. m. W., 1904, pag. 17 e 50.
WEISS. *Fälle von Oesoph. Erw.* Fortschr. a. d. Geb. d. Rö. Str., 1915-16, 73.
BAUER. Arch. f. Klin. Chir., 124, 4.
KLEINER. M. m. W., 1919.
FORSSELL. F. a. d. Geb. d. Rö. Str. Erg., Bd. 30.
MEYER. Grenzgeb., Bd. 34.
HELM. *Seltene Rö. bilder.* D. inn. Krkh. Vogel, Leipzig, 1921.
HOLZKNECHT. *Diagn. d. Oesoph. Stenose.* D. m. W., 1906, 36.
GEPPERT. *Cardiospasm.* C. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 18, 1915, pag. 179.
GRÖDEL. *Grundr. u. allg. D. Rö. diagn.*, in D. inn. Med. u. Grenzgeb., Lehmann, 7, 1921.
HEISSLER. *Primärer Cardiospasmus nach Trauma.* Mitteil. a. d. Grenzgeb., 20, 1909, pag. 831.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DEL BAMBINO GESÙ - ROMA
REPARTO MEDICINA MASCHI
Primario: prof. UGO MANCINI.

Contributo alla terapia dell'encefalite letargica.

Dott. MARIO FABERI, aiuto med. negli Osp. Riuniti.

Molti sono stati i medicamenti proposti per la cura dell'encefalite letargica e nella letteratura abbondano i casi in cui si ottenne guarigione usando un metodo terapeutico piuttosto che un altro.

Un posto importante è tenuto dall'urotropina, preconizzata da Cushing nel trattamento delle infezioni meningee. È noto infatti che, subito dopo l'ingestione di urotropina, si ritrova nel liquido cefalo-rachidiano l'aldeide formica, la quale può logicamente esplicare azione germicida sull'ipotetico virus dell'encefalite.

Netter la raccomandò quindi tra i primi, dando la preferenza alla via orale, ritenendo che, se l'iniezione endovenosa porta il medicamento direttamente nel sangue, con non minore rapidità vi sparisce; l'ingestione di dosi ripetute assicurerebbe invece una presenza prolungata nella cavità aracnoidea. La dose consigliata da Netter fu di 1-2 grammi al giorno.

Contemporaneamente fu da altri vantata invece l'iniezione endovenosa di urotropina in dose variabile, e i successi riportati eguaglierebbero quelli ottenuti con la somministrazione per via orale.

Carnot e Blamoutier ottennero invece buoni risultati in 2 casi, iniettando nelle vene il salicilato di sodio in soluzione al 10-50 %.

Rathery e Gournay applicarono tale metodo in un caso e Schwarz in 13 casi, anch'essi con esito favorevole.

Courcoux e Meignant usarono invece una soluzione più debole, al 4 %, ed essendosi trombizzate le vene dei pazienti, iniettarono il medicamento alla stessa concentrazione nei muscoli, con risultati egualmente buoni, seppur meno rapidi.

Molhant, partendo dalla somiglianza clinica tra encefalite letargica e tripanosomiasi, usò iniezioni di Atoxil, ed ottenne in 2 casi risultati incoraggianti, specialmente nei riguardi dei fatti di eccitazione motrice.

Il mercurio fu invece esperimentato da Billigheimer, in forma di frizioni di pomata mercuriale (fino a 5 gr. al giorno), e di iniezioni di salicilato di Hg. In parecchi casi acuti e subacuti il miglioramento sarebbe stato rapidissimo.

Rosenow, avendo potuto riprodurre in animali da laboratorio i sintomi e le lesioni dell'encefalite letargica, iniettando una varietà di streptococco da lui isolata dalle amigdale, dai denti e dal nasofaringe di encefalitici, pensò di usare il siero di conigli e di cavalli immunizzati con dosi crescenti di tale germe. I resultati però non sarebbero stati buoni.

Effetto migliore avrebbe invece ottenuto Maggiore, usando un vaccino sensibilizzato, preparato da culture giovani di bacillo di Pfeiffer.

Conosciuto è poi il metodo di Fochier delle iniezioni di essenza di trementina, con formazione di ascessi da fissazione, già da tempo lodate in molte altre malattie infettive. Tali iniezioni, consigliate anche dal Netter, dovrebbero essere praticate al più presto possibile, non appena posta la diagnosi di encefalite letargica.

Nell'adulto si introducono 1-2 cent. cubici di essenza di trementina vecchia, e nel fanciullo 1/4-1/2 cent. cubico, preferendo come luogo per l'iniezione la parete addominale, in un punto situato nel mezzo della linea che unisce la spina iliaca anteriore superiore all'ombelico. Se una prima iniezione non basta, se ne fa un'altra 48 ore dopo, ed eventualmente una terza 3 giorni più tardi. Appena formato l'ascesso, si incide e si medica.

L'introduzione dei medicamenti direttamente nello spazio endorachideo è stata tentata da vari autori.

Laubie, in 2 casi, usò l'iniezione nello speco di siero antitetanico, con risultati poco probativi.

Roch e Katznelbogen, partendo dal concetto che gli anticorpi del siero sanguigno non riescono a penetrare fino alle meningi e ai centri nervosi per l'ostacolo opposto dalla cosidetta « barriera emato-encefalica », hanno cercato di provocare artificialmente una flogosi meningea. A tal fine si sono serviti di una soluzione di caseina al 10 %, iniettandone nel rachide un centimetro cubico, diluito in 10 cent. cubici di siero fisiologico. Anch'essi però non poterono trarre effetti curativi notevoli dal loro metodo.

Lehrmann invece, quasi contemporaneamente, pensò di utilizzare la via endorachidea per l'introduzione dell'urotropina, indicando nell'adulto la dose di 6 cent. cubici della soluzione all'1 %. In un soggetto di 6 anni, il solo bambino da lui trattato, usò invece 1/2 cent. cubico della stessa soluzione all'1 %, ottenendo buon effetto curativo. Dall'autore è descritta la reazione violenta in tal modo generata, e consistente in istato di agitazione e in vomiti ripetuti.

In complesso egli avrebbe trattato circa 40 casi, ma nel suo lavoro non è precisata la proporzione dei risultati favorevoli.

In un caso capitato di recente sotto la nostra osservazione, abbiamo voluto applicare quest'ultimo metodo curativo, usando dosi notevolmente più alte, e poichè l'effetto che se ne è ottenuto è stato oltremodo lusinghiero, non riteniamo del tutto privo d'interesse riferirne ampiamente.

F. E. di anni 7, da Roma, scolaro. I genitori sono viventi e sani. Due zii paterni sono ricoverati al manicomio per malattie mentali non bene precisabili.

Non ha sofferto dei comuni esantemi dell'infanzia. A tre anni ebbe affezione cutanea eczematosa, durata a lungo. È di carattere assai vivace; narrano però i parenti che, da circa una settimana, è divenuto più irrequieto ed ha periodi di agitazione insolita, durante i quali compie movimenti disordinati, grida, e non ubbidisce. La notte non riesce più a dormire, mentre di giorno, di tanto in tanto, è preso da bisogno incoercibile di sonno e si addormenta sulla seggiola, anche durante il pranzo! È inoltre comparsa modica febbre a tipo intermittente.

Entra all'ospedale il 18 marzo 1925. All'e. o. si nota: Stato generale di nutrizione scadente; cute e mucose visibili pallide; micropoliadenia generalizzata; organi toraco-addominali sani.

Il bambino giace sul letto in preda a sopore, dal quale viene risvegliato scuotendolo fortemente per poi ricadervi subito. Risponde lentamente ed incompletamente alle domande che gli si rivolgono. Osservandolo in stato di riposo, si notano brevi scosse cloniche coreiformi a carico dei muscoli della metà destra della faccia, e dell'arto superiore e inferiore destro. Di tanto in tanto, inoltre, gli arti dello stesso lato assumono atteggiamenti catatonici. Nessun deficit a carico dei nervi cranici; non diplopia. Motilità attiva e passiva degli arti normale. Riflessi tendinei e cutanei normali. Non rigidità della nuca. Kernig e Romberg negativi. Non disturbi della deambulazione. Esame delle urine: assenza di albumina e di altri elementi patologici.

Esame del liquor: Si estraggono 10 cent. cubici di liquido limpido, che fuoriesce a gocce ravvicinate. Reazioni di: Nonne-Apelt, Pandy, Boveri, negative. Albumina: 0.10 0/00.

Sostanze riducenti il Fehling: aumentate. Citodiagnosi: mononucleosi evidente (5-8 piccoli mononucleati per campo).

Esame del sangue: modica leucocitosi (12,500 gl. bianchi).

Temperature serotine di 37.5-37.7.

Notevole bradicardia (52) e bradipnea (16) permanenti.

L'infermiera di servizio afferma che, durante la notte, il bambino invece di dormire si agita nel letto, e di tanto in tanto grida.

Si pone diagnosi di: encefalite letargica, corea encefalitica, e si inizia immediatamente la cura con iniezioni endovenose di urotropina Schering al 40 %, iniettando una fiala di 5 cent. cubici (gr. 2) alla volta. Contemporaneamente si somministrano per os altri 2 grammi del medicamento. Dal 20 al 25 marzo si pratica tale cura giornalmente.

Lo stato generale permane però pressochè invariato; solo si osserva diminuzione delle scosse coreiformi e diminuzione della bradicardia e della

bradipnea. Il bambino però non accenna affatto ad uscire dal letargo in cui giace, e si sveglia appena per brevi istanti al momento dei pasti.

Si decide allora di iniettare l'urotropina nello speco.

Il 27 marzo, previa estrazione di 5 cent. cubici di liquor, si inietta lentamente una fiala da cent. cubici 5 di urotropina Schering al 40 % (gr. 2). Subito dopo l'iniezione il bambino diviene agitato, si lamenta di cefalea intensa, accusa parestesie agli arti inferiori, e vomita 2 volte. Dopo 3 ore circa subentra di nuovo calma perfetta, e la mattina dipoi, alla visita, il bambino è sveglio, risponde con prontezza, ed esegue rapidamente i movimenti degli arti che gli vengono ordinati. Le scosse coreiformi sono scomparse, e così pure le catatonie.

Di tanto in tanto, però, nel corso della giornata, cade di nuovo in preda a sonnolenza, e la notte riposa ancora poco. Si ripetono quindi le iniezioni endorachidee con la stessa tecnica e dose, nei giorni: 30 marzo, 1, 3, 6 e 9 aprile. La reazione immediata del sistema nervoso al l'introduzione del medicamento si manifesta sempre più blanda. La temperatura, che dopo la prima iniezione endorachidea era salita per qualche ora a 39°, nelle iniezioni successive si eleva di poco (37.3-38).

Dopo la 6ª iniezione il bambino è completamente sveglio. Durante il giorno è sempre seduto sul letto, giuoca, risponde con prontezza, mangia volentieri. Si crede perciò opportuno sospendere la cura, che non viene più ripresa, persistendo lo stato di guarigione.

Durante tutto il suddescritto trattamento sono state esaminate tutti i giorni le urine, senza mai riscontrarvi alcun elemento patologico, nè il bambino ha mai accusato disturbi subiettivi a carico degli organi urinari.

Il 19 aprile, un mese dopo l'ingresso all'ospedale, vien fatto alzare, e, dopo un altro mese di osservazione, è dimesso in ottimo stato, senza reliquato alcuno della malattia sofferta.

L'interesse del caso è, a parer nostro, rappresentato dal netto effetto curativo del medicamento adottato, e, sopratutto, dalla tollerabilità completa da parte di un soggetto giovanissimo verso l'urotropina ad alte dosi, e introdotta per via endorachidea.

La reazione del sistema nervoso posto in diretto contatto con una soluzione medicamentosa ipertonica e notoriamente irritante, è stata invero forte dopo la prima iniezione, per scemare sempre più d'intensità nelle successive. In ogni modo non crediamo che tale reazione sia stata, in complesso, molto più grave di quella osservata nel bambino trattato dal Lehrmann, e, considerando l'effetto benefico in poco tempo ottenuto, si è autorizzati ad ammettere che, in eventuali ulteriori applicazioni di tale metodo di cura, si potrà procedere con relativa tranquillità, usando dosi generose.

Quale poi sia il meccanismo con cui l'urotropina in tal modo amministrata agisce, non è facile a determinare. Perchè, se da un lato possiamo ammettere che veramente si eserciti una azione diretta sul virus encefalitico, d'altro lato non bisogna misconoscere l'importanza terapeutica della reazione meningitica che si provoca, e che si manifesta con segni netti.

LETTERATURA.

NETTER. Acad. de méd., seduta 30 aprile 1920.
ID. Ibid.
MAGGIORE. La Pediatria, 1920, n. 7.
LAURIE. Acad. de méd., seduta 16 marzo 1920
MOLHANT. Scalpel, 30 aprile 1921.
CARNOT e BLAMOUTIER. Paris médical, 24 febb. 1923.
LEHRMANN. Deut. med. Woch., 22 giugno 1923.
E. BILLIGHEIMER. Klin. Woch., 25 giugno 1923.
ROCH e KATZNELBOGEN. Presse méd., 2 giugno 1923.
E. C. ROSENOW. Jour. of the Am. Med. Ass., 2 giugno 1923.
CHEINISSE. L'Année thérapeutique, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924.
ID. Presse médicale, 8 dicembre 1923.
F. RATHÉRY e J. J. GOURNAY. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 4 aprile 1924.
COURCOUX e MEIGNANT. Ibid., 2 maggio 1924.
SCHWARTZ. Soc. méd. de Colmar et du Haut-Rhin, 21 giugno 1924.

CASA DI CURA «VILLA ZONCA» DI VERCURAGO (BERGAMO).

Il benzoato di benzile nelle sindromi ipertensive e dispnoiche

per il dott. GIAN FRANCO CAPUANI, direttore.

L'introduzione del benzoato di benzile nella terapia è di data recente. Il dott. Johns David Macht farmacologo alla « Johns Hopkins University » di Baltimora nello studiare l'azione dei diversi alcaloidi dell'oppio allo scopo di trovare dei preparati sintetici dotati di azione antispasmodica fermò la sua attenzione sopra la papaverina che possiede al massimo grado la proprietà di agire sopra le fibre muscolari liscie paralizzandole, pur senza avere le proprietà analgesiche e narcotiche della morfina e di altri alcaloidi, che sono poi controindicati nelle crisi viscerali spasmodiche in quanto anzi accentuano la produzione di spasmi.

L'azione della papaverina era già stata studiata da J. Pal di Vienna. Fin dal 1913 egli aveva stabilito con ricerche sperimentali che la papaverina possiede la proprietà di provocare un rilasciamento dei muscoli lisci e che questa azione si estende tanto ai visceri (vescichetta biliare, muscolatura bronchiale, vescica, utero) quanto ai vasi sanguigni. Clinicamente la papaverina gli aveva dato ottimi risultati nelle crisi viscerali

che hanno per substrato una contrattura spasmodica della muscolatura liscia.

Il Macht ha voluto ricercare quale era nella papaverina il radicale chimico che possedeva la efficacia antispasmodica e potè convincersi che tale azione era dovuta alla presenza, nella molecola della papaverina, del gruppo benzile. Di qui l'idea di sperimentare se altri e più semplici aggruppamenti del radicale benzile potessero esplicare tale azione eventualmente anche con maggiore potenza. Si trattava per lui di trovare al di fuori degli alcaloidi dei composti contenenti il radicale benzile e suscettibili quindi di essere somministrati senza gli inconvenienti di tossicità e di assuefazione dei derivati dell'oppio. Il benzoato di benzile fu il composto che sembrò corrispondere al suo postulato. Egli ne osservò buoni effetti in diversi stati spasmodici: peristaltismo esagerato dell'intestino, enterospasmo d'origine post-operatoria o altra, pilorospasmo sia di origine funzionale, sia dovuto a presenza di ulcera o neoplasma, costipazione spasmodica, colica epatica, colica nefritica, spasmi della vescica, coliche uterine, asma bronchiale, tosse canina.

Per quest'ultima malattia esperimentò sopra tre suoi bambini gravemente colpiti e inutilmente trattati con ogni sorta di medicamenti compresa l'eroina. Sotto l'infiuenza del benzoato di benzile non tardarono ad avere un miglioramento notevole sia nel numero che nell'intensità degli accessi. Con la collaborazione del collega John dott Hogan esperimentò sopra 115 bambini malati pure di tosse ferina; nel 90 % dei casi si ebbe un miglioramento, e presso a poco nel 50 % di essi tale miglioramento fu notevole. Gli effetti terapeutici del medicamento non avevano un carattere curativo propriamente detto ma si manifestavano con una diminuzione dell'intensità e del numero degli accessi, e l'assenza di alcune complicazioni noiose della tosse canina, quali vomiti, emorragie sottocongiuntivali, insonnia, dimagramento. Secondo Mac Murray l'effetto del medicamento si manifesta generalmente nelle 48 ore, e in un caso si ebbe miglioramento già dopo la somministrazione della seconda dose.

Dopo tali comunicazioni avvenute nel 1920 fu una gara di sperimentatori per vedere in quali casi di malattie spasmodiche si potesse applicare tale medicamento e le comunicazioni, specialmente in America si susseguirono copiose. Il Macht lo additava come rimedio ottimo nell'angina di petto, nell'asma e nel singhiozzo persistente; da altri autori venne via via consigliato per tutti gli stati spasmodici fino al parkinsonismo postencefalitico.

* * *

La suggestiva premessa teorico-farmacologica e le comunicazioni lusinghiere di molti autori mi hanno indotto già da un paio di anni ad esperimentare largamente tale medicamento. Avendo presto constatato come fosse quasi assolutamente innocuo nelle comuni dosi terapeutiche, ne feci un uso larghissimo anche in casi nei quali non c'era l'indicazione e ne studiai specialmente l'effetto sulla pressione arteriosa come quella che misurata allo sfigmomanometro poteva con maggiore precisione darmi dei valori più obiettivi. In casi di malattie spasmodiche tenevo conto dell'effetto clinico, in casi di altre malattie o di esperimenti su persone sane (ricovero di mendicità) tenevo conto dei dati sfigmomanometrici.

Le operazioni furono lunghe e ripetute: così concordanti e univoche nei risultati da perdere ogni valore l'esposizione dettagliata delle tabelle, dalle quali ho potuto trarre delle considerazioni di indole generale: alcuni accenni di storie cliniche vengono riferiti quali paradigma dei diversi casi tipici di azione del medicamento.

E qui è necessario di fare una importante pregiudiziale osservazione. Il benzoato di benzile è assai difficile a trovarsi in commercio allo stato puro; lo si può trovare non presso i laboratori di chimica farmaceutica ma bensì presso le ditte che producono le materie prime per l'industria dei profumi. Il prodotto è perciò spessissimo impuro: nelle diverse forniture del medicamento era per me facile saggiare l'attività del prodotto, perchè con 20 goccie della soluzione alcoolica al 20 % io avvertivo, se il medicamento era puro, un senso di marcata astenia, che diverse volte non avvertii con campioni che non mi diedero poi risultato terapeutico. Una volta la merce fornita era tale che il farmacista avvertì l'impurità del prodotto dai caratteri organolettici di comune osservazione. Questa pregiudiziale è necessario fare, per spiegare alcuni casi altrimenti strani riferiti da autori i quali non hanno ottenuto la più piccola azione terapeutica neppure con dosi elevate. È possibile che per la difficoltà di trovarne in commercio, qualche ditta poco scrupolosa abbia fornito un preparato impuro o assolutamente estraneo al benzoato di benzile, giacchè è questo un medicamento sulla cui azione non si può discutere potendosene controllare l'azione con i dati obiettivi forniti dallo sfigmomanometro.

* * *

Il benzoato di benzile è un liquido oleoso, incolore e senza odore; ha sapore bruciante, sì che

i medici americani lo somministrano sciolto nello sciroppo del loro rinomato eriodictyon (altro prodotto irreperibile sul nostro mercato farmaceutico) ed è solubile in alcool.

Parecchi sono i metodi per controllarne la purezza: per escludere la presenza di cloro se ne può agitare una parte con altrettanta quantità di soluzione di amido jodurata: lasciando riposare la soluzione jodurata si separa e non deve tingersi in azzurro. Altro procedimento semplice è quello di provare se nella capsula di platino non lascia residuo al bruciarlo ciò che avviene con il prodotto assolutamente puro.

Ho usato la soluzione in alcool al 20 % somministrandone, a seconda dei casi, da 20 a 60 goccie *pro die*.

Esperienze di orientamento ho eseguito somministrandone a molti ricoverati per mendicità e a diversi malati, in un secondo tempo limitai le prove ai casi di ipertensione arteriosa, in una terza serie infine ne feci esperimento nelle sindromi dispnoiche.

*
* *

Nelle persone sane la somministrazione di 40-50 goccie *pro die* della soluzione alcoolica determina un abbassamento di 10-20 millimetri di mercurio. Soggettivamente si avverte una marcata sensazione di astenia che si suole attribuire all'ipotensione. In realtà l'azione paralizzante del benzoato di benzile si manifesta in parte anche sulla muscolatura striata ed io ritengo che molta parte di tale sensazione di stanchezza sia senz'altro l'espressione della sua azione sulla muscolatura scheletrica.

Infatti J. Kiss, assistente alla Clinica medica universitaria di Budapest, diretta da Jendrassik, or sono due anni ha messo in rilievo l'azione della papaverina sulla muscolatura striata. Clinicamente egli esperimentò la papaverina in 18 casi di tetano, e salvo che in uno ottenne dei buoni risultati: gli accessi delle contrazioni divenivano meno intensi o cedevano anche completamente al medicamento e il numero degli accessi diminuiva considerevolmente. Il clinico di Budapest istituì poi una serie di prove in casi di sclerosi a placche con paresi spasmodica, ma dove l'elemento spasmodico era assai più accentuato chè i fenomeni paralitici propriamente detti. Sopra 15 prove di questo genere, 3 mancarono completamente mentre in altre 12 ha potuto notare un miglioramento più o meno marcato nei movimenti attivi delle membra contratte. Invece non ha avuto risultato sopra la rigidità muscolare generalizzata in 2 casi di encefalite letargica.

Io ho sperimentato il benzoato di benzile in 3 casi di encefalite letargica appunto per provare l'azione del medicamento sulla fibra muscolare striata; ma solo in un caso ottenni una sensibile diminuzione nello stato di contrattura muscolare.

L'uso di alte dosi deve esercitare perciò una azione paralizzante sulle fibre muscolari anche del cuore determinando indebolimento della forza di contrazione fino alla dilatazione del viscere. Il medicamento ha perciò una netta controindicazione nei casi in cui è compromessa la fibra del miocardio potendo essere causa di incidenti. Ciò si deve specialmente tener presente nei casi di asma uremico che talora si possono presentare per diagnosi differenziale con l'asma bronchiale, con l'inconveniente che mentre in questo secondo si possono ottenere buoni risultati, nel primo caso il cuore sebbene ipertrofico si trova spesso sulla soglia dell'insufficienza e l'azione del medicamento può dare il tracollo a uno stato sino allora mantenuto appena appena in equilibrio. Due casi ho avuto del genere e di uno viene più avanti sinteticamente riferito: credo che sia meritevole di attenzione perchè questa azione paralizzante sulle fibre cardiache parmi costituisca una importante controindicazione del medicamento in tutti gli stati di lesa funzionalità del cuore.

Dall'uso del benzoato di benzile nelle ipertensioni dobbiamo attenderci gli stessi risultati che si ottengono con gli altri ipotensori e che sono ben diversi a seconda che si tratti di sindromi funzionali o di alterazioni anatomiche.

Si vedano questi paradigma:

A. C., di anni 65, di Galliate.

Soggetto pletorico. In seguito a gravi preoccupazioni durate alcuni anni, incomincia a soffrire di vertigini e malessere generale: una sera ha un'epistassi che non si riesce a dominare con i soliti presidi e che continua più o meno intensa per tre giorni. Pressione massima 220. Si prescrive dieta ipostenizzante e 40 goccie *pro die* di soluz. di etere benzilbenzoico. Dopo 48 ore la pressione è già diminuita e dopo 6 giorni è a 160 mm. L'a. non ha vertigini, ma si lamenta di grave flaccidezza alle gambe.

E. F., di anni 61, di Galliate.

Esercita la professione di levatrice, e temendo di essere collocata a riposo per limiti di età, vive in grande apprensione prodigandosi senza limiti, e sobbarcandosi a lavoro eccessivo. Soffre di vertigini, ronzii e cefalea nucale. Nel gennaio 1921 ha una P. M. a 252. Un regime severo unito a cura iodica abbassa la pressione a 180 causando però notevole dimagrimento ed astenia. Dopo aver provato diversi medicamenti ipotensori riprende l'alimentazione carnea, ma la pressione risale a 220. Si somministra benzoato di benzile con un dietetico misto: la pressione si abbassa a 190 e ci rimane, mentre la paziente si sente

abbastanza forte da poter accudire alla sua professione.

S. M., di anni 50, di Galliate.

Malata di nefrite cronica con miocardio ipertrofico. P. M. 235. Dispnea da sforzo. Vertigini. Il benzoato di benzile non ottiene alcun miglioramento.

D. A., di anni 52, di Stezzano.

Arteriosclerosi. P. M. 220 con vertigini. Il malato non ha avuto alcun beneficio dai soliti ipotensori. Neppure il benzoato di benzile ottiene alcun vantaggio: cagiona anzi una fastidiosa miastenia.

In questi quattro schemi ho l'espressione esemplare dei risultati ottenuti anche in molti altri casi.

Nel primo si trattava di una ipertensione semplice tanto che scomparve definitivamente con la liquidazione giudiziaria di un grave stato di cose; mancava l'alterazione anatomica e il benzoato di benzile ha avuto un esito immediato. Nel secondo caso l'ipertensione è in parte dovuta o aggravata da un lieve grado di arteriosclerosi e il risultato è solamente parziale. Nel terzo caso come nel quarto l'ipertensione è ormai l'espressione di uno stato anatomico contro il quale nulla può il medicamento riuscendo perciò inefficace e causando solamente la noiosa miastenia.

E qui sorge spontanea una considerazione di capitale importanza. Nella pratica medica i casi più pericolosi, e frequenti di ipertensione non sono già quelli dovuti ad angiospasmo funzionale e che sono facilmente curabili con l'allontanare il paziente dalle cause determinanti, e che in ogni modo non sono pericolosi. I più importanti e gravi sono quelli dovuti ad arteriosclerosi nei quali si vorrebbe abbassare la pressione di rottura: ebbene proprio in questi casi il benzoato di benzile non esercita alcuna favorevole azione, e ci viene a mancare nè più nè meno di tutti gli altri farmaci ipotensori che rispondono bene nei casi di disturbo puramente funzionale mentre falliscono necessariamente allorchè il fattore anatomico è la base del disturbo che ci interessa.

*
* *

Nelle sindromi dispnoiche ho cercato di maggiormente estendere e ripetere le prove cliniche: cosa del resto superflua perchè anche qui i risultati decisamente favorevoli nel campo dei disturbi funzionali, fallirono completamente allorquando l'alterazione anatomo-patologica aveva maggiore importanza. Ho considerato diversi casi di asma.

E. B., di anni 10, di Bergamo.

Soffre da anni di gravi accessi di asma bronchiale. All'esame obiettivo si rilevano fatti bronchiolari diffusissimi. Eosinofilia del 12 %. Somministro benzoato di benzile senza risultato. Il liquore anisato di ammonio alla dose di 90 goccie fa quasi scomparire i fatti catarrali ma non influenza gli accessi asmatici. Scomparsi i fatti catarrali due dosi di benzoato di benzile fanno cessare gli accessi asmatici.

Barone E. P., di anni 40, di Brescia.

Soggetto luetico. Da anni soffre di asma bronchiale ed ha tentato tutte le cure comprese la turbinectomia, le inalazioni di acque e le cure climatiche. Il benzoato di benzile non ottiene alcun risultato, la cura specifica migliora assai il paziente.

N. N., di anni 38, di Romentino.

Accessi di asma bronchiale essenziale. Eosinofilia 18 %. Nessun fatto bronchiale. Il benzoato di benzile ha avuto un effetto sorprendente facendo scomparire completamente gli accessi.

F. A., di anni 53, di Bergamo.

Asma uremico. P. M. 230. Cuore ipertrofico in istato di scompenso latente. Il benzoato di benzile non ottiene alcun miglioramento nella dispnea e cagiona una dilatazione acuta del cuore con minacciosi fenomeni di asistolia.

Anche in queste sindromi dispnoiche posso dire sintetizzati i risultati ottenuti in numerosi altri malati. Laddove l'asma è essenzialmente dovuta a contrattura della muscolatura bronchiale il risultato è immediato, nei casi invece nei quali un copioso catarro è la causa determinante o aggravante dell'accesso non si deve sperare di ottenere un risultato se prima non si riesca come nel primo caso a sopprimere l'essudato catarrale. Quando l'asma poi dipenda da altre lesioni (p. e., sifilitiche) nessun risultato se ne ottiene se non si istituisce una cura specifica. Quando dipenda da fattori tossici (uremia) pure nessun risultato si può ottenere.

*
* *

Cosicchè volendo riassumere i risultati da me ottenuti in numerose prove eseguite sopra persone sane e su persone affette da disturbi di ipertensione o da dispnea, posso così concludere.

Il benzoato di benzile è un efficace medicamento che agisce come la papaverina senza peraltro possederne l'azione narcotica e quella di assuefazione. Determina un pronto abbassamento della pressione là dove cause organiche non siano la causa dell'ipertensione, dando però nello stesso tempo una sensazione di astenia dipendente forse in parte dall'ipotensione arteriosa, ma anche dall'azione paralizzante sulla muscolatura del cuore e del sistema muscolare scheletrico.

Nelle sindromi dispnoiche agisce quando esse siano dovute a puro spasmo della mucosa bronchiale senza fatti organici di qualche entità.

Ne risulta che il benzoato di benzile è un ottimo agente antispasmodico ma di azione limitata ai casi in cui agiscano anche altri medicamenti analoghi. Come questi, esso agisce nei soli stati funzionali, precisamente cioè nei casi meno gravi o meno importanti per il medico pratico, mentre la sua azione viene a mancare proprio in quei casi di ipertensione o di asma nei quali veramente utile e indispensabile potrebbe essere l'azione di un farmaco ipotensore e antispasmodico. Può però servire anche come mezzo di diagnosi differenziale fra disturbi funzionali e disturbi da cause organiche servendo così anche per la prognosi.

BIBLIOGRAFIA.

J. MACHT. *Per l'uso del benzoato di benzile nell'angina di petto.* New York Med. Journ., 28 agosto 1920.

ID. *Il benzoato di b. nella cura dell'asma.* Bull. of the Johns Hopkins Hosp., luglio 1920.

ID. *Il benzoato di b. nella cura del singhiozzo persistente.* Medical Record, 24 luglio 1920.

J. KISS. *Azione della papaverina sulla muscolatura striata.* Deutsche med. Wochens., 27 aprile 1923.

LENZ e F. LUDWIG. *La cura della dismenorrea.* Schweiz. med. Wochensch., 28 dicembre 1922.

QUACK. *Il benzoato di b. nella dismenorrea.* Med. Klinik, 25 febbraio 1923.

J. D. HOGAN. *Il b. di b. nella cura della pertosse.* Bull. of the Johns Hopkins Hosp., luglio 1920.

MC. MURRAY. *La pertosse.* New York Med. Journ., 24 luglio 1920.

J. MACHT. *Cura delle crisi solari con il b. di b.* Presse médicale, 9 ottobre 1920.

CH. LAUBRY e MOUGEOT. *Il b. di b. come ipotensore.* Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris. Seduta 20 maggio 1921.

GRUBER-SHACKELFORD. *Il b. di b. non ha alcuna azione ipotensiva.* Journal A. M. A., 11 ott. 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi della sclerosi a placche iniziale.

(MARQUEZY. *Bulletin médical*, 1925, n. 35).

I sintomi iniziali della sclerosi a placche sono le parestesie, i disturbi motori, la titubazione, i disturbi oculari. Successivamente compaiono le vertigini, i tremori, i disturbi della parola, i disordini urinari.

Le parestesie costituite da formicolio, intorpidimento, sensazione di freddo colpiscono gli arti e sopratutto le mani ed i piedi. Sopravvengono a crisi di breve durata e sono accentuate dalla stanchezza.

I disturbi motori non sono meno frequenti. Il primo sintoma è costituito da un senso di stanchezza e di peso agli arti inferiori. L'infermo trascina le gambe, l'andatura diventa ben presto malagevole, incerta, titubante.

I disturbi oculari sono talvolta quelli che richiamano innanzi tutto l'attenzione del soggetto. Si tratta di diplopia, ambliopia, diminuzione dell'acutezza visiva talvolta progressiva fino alla amaurosi completa. Tali disturbi sono sempre transitori.

La vertigine è anche un sintoma precoce e relativamente passeggero. È per lo più una vertigine rotatoria non accompagnata da nausea e vomito. Sopravviene a crisi di breve durata per lo più in seguito a sforzi, emozioni, movimenti bruschi del capo.

I disturbi urinari sono meno frequentemente sintomi precoci della sclerosi a placche e quasi sempre sono costituiti da bisogno impellente e frequente di urinare, qualche volta da una certa lentezza dell'inizio della minzione. I disturbi genitali sono eccezionali.

I tremori sono raramente tra i sintomi precoci della malattia; comunque anche nel periodo iniziale hanno il classico carattere intenzionale.

I disturbi della parola compaiono sempre più tardi: quando sono precoci sono costituiti da una leggera disartria, da una certa lentezza nel parlare.

I sintomi su accennati raramente compaiono isolatamente, per lo più sono aggruppati in vario modo con prevalenza ora dell'uno ora dell'altro, e ciò in rapporto alla disseminazione delle lesioni nel nervasse. Il loro carattere accessionale a crisi di breve durata fa sì che essi non siano presi nella dovuta considerazione. Solo la loro ripetizione, la loro intensità e sopratutto la molte-

plicità dei disturbi finisce per preoccupare il paziente. È per tale ragione che generalmente la diagnosi di sclerosi a placche si fa a distanza di mesi e anche di anni dall'inizio reale della malattia.

Quantunque di solito l'inizio dell'affezione è lento e progressivo, non mancano casi nei quali la sclerosi si manifesta bruscamente con la comparsa rapida quasi improvvisa di disturbi gravi.

I sintomi classici della sclerosi a placche sono la parola scandita, il tremore intenzionale, il nistagmo, la paraplegia spastica. Ora per un certo periodo la parola scandita ed il tremore sono affatto eccezionali: tutt'al più si può trovare una leggera lentezza del linguaggio e fine oscillazioni dell'indice nel movimento rapido della prova del dito al naso.

Il nistagmo invece ha un valore semeiologico considerevole in quanto può essere presente fin dall'inizio della malattia.

La paraplegia spastica nel periodo iniziale è leggera ma netta. Si rileva ipertonia, iper-riflettività, Babinski bilaterali.

L'andatura raramente è solo spastica, per lo più è anche atassica.

Il Romberg è frequente, ma varia da un giorno all'altro.

La dismetria è eccezionale agli arti superiori, meno rara a quelli inferiori. Più frequente è un lieve grado d'asinergia e l'adiadococinesia.

I riflessi addominali, specie quello medio, sono quasi sempre aboliti.

La scomparsa del riflesso del velopendolo si ha nell'80 % dei casi.

La sensibilità superficiale non presenta alterazioni. La sensibilità ossea invece è molto spesso ridotta o abolita.

In ogni caso di sospetto di sclerosi a placche conviene praticare l'esame del fondo dell'occhio. La decolorazione del segmento temporale della papilla ha notevole valore diagnostico.

L'età nella quale la malattia si manifesta ha anche un certo valore. I primi sintomi si rivelano fra i 18 e i 30 anni. Tuttavia si registrano casi nei quali la malattia si è iniziata dopo i 40 e prima dei 15 anni.

Il decorso della malattia è caratteristico. Nel primo periodo tutti i disturbi si presentano a crisi transitorie.

Il liquido cefalo-rachidiano è un po' iperteso, la reazione cellulare è minima, la quantità d'albumina è sempre moderata. La reazione di Wassermann come quella di Pandy sono sempre negative. Le reazioni colloidali, specie quella al benzoino, sono invece spesso positive.

Come si è già accennato, i sintomi su accennati raramente si presentano isolati. Nè per altro sarebbe prudente affermare una diagnosi basandosi su di un solo sintoma, quantunque la sclerosi a placche è più che sospetta quando i vari disturbi subiettivi sono accompagnati da uno dei seguenti sintomi: nistagmo, andatura atassica, disturbi della sensibilità profonda, asinergia e adiadococinesia anche lieve, decolorazione del segmento temporale della papilla, scomparsa del riflesso del velopendolo.

In quanto alla diagnosi differenziale le forme paraplegiche sono quelle che offrono le maggiori difficoltà. È facile la distinzione dalle forme iniziali di compressione midollare, perchè in queste si hanno dolori radicolari, disturbi della sensibilità, ecc.

Più difficile è la distinzione con la mielite sifilitica (paraplegia d'Erb) tenuto conto che in certo periodo di quest'affezione manca ogni reazione meningea ed il liquido cefalo-rachidiano è normale. Potranno essere criteri differenziali gli antecedenti dell'infermo, l'importanza dei disturbi sfinterici, genitali e pupillari, l'assenza di disturbi atassici, dei disturbi della sensibilità vibratoria e delle modificazioni del riflesso del velopendolo.

In certi casi l'intensità delle vertigini potrebbe orientare verso la diagnosi di tumore dell'angolo ponto-cerebellare, tanto più che l'irritazione del nervo vestibolare può produrre nistagmo, disturbi dell'equilibrio e dell'andatura. Tuttavia la presenza d'emispasmo facciale, di nevralgie nel dominio del trigemino con scomparsa del riflesso corneale consente di riportare le vertigini alla loro vera causa. La stasi papillare e l'ipertensione del liquor costituiscono poi dati decisivi.

L'isterismo può simulare la sindrome della sclerosi a placche. In tali casi la decisione in un senso o nell'altro può essere basata sul rilievo di sintomi organici (iper-riflettività tendinea, Babinski) che di rado mancano nella sclerosi, o sull'esistenza di altri sintomi isterici (disturbi della sensibilità superficiale, modificazioni del campo visivo, ecc.).

DR.

Etiologia e sintomatologia della polineurite.

(GRAINGER STEWART. *British Med. Journal*, 1925, 12 settembre).

La polineurite è un'affezione di origine tossica, infettiva o metabolica che colpisce più o meno completamente più nervi periferici abolendone la funzione. Allo stato attuale delle conoscenze non è possibile altra classificazione delle polineuriti all'infuori di quella etiologica. Si distinguono così quattro tipi di polineuriti:

a) Polineuriti da veleni esogeni: piombo, arsenico, mercurio ed altri metalli, alcool, ossido di carbonio, solfuro di carbonio, trinitrotoluene, sulfonal, trional, cloralio, cloretone, anilina; malattia da siero con polineurite;

b) Polineuriti da tossine endogene:

1) Metaboliche: diabete, beri-beri, ematoporfinuria, gravidanza;

2) Cachettiche: neoplasmi, vecchiaia, anemia cronica;

3) Infettive: tifo, paratifo, scarlattina, difterite, influenza, ecc.; tubercolosi, sifilide, blenorragia, infezione puerperale; nonchè alcune affezioni acute, subacute o croniche nelle quali è colpito prevalentemente il sistema nervoso: polineurite tossica acuta, polineurite febbrile acuta, polineurite acuta infettiva, paralisi di Landry, polineurite ricorrente;

c) Polineuriti di origine ignota: reumatiche, da esposizione al freddo;

d) Polineuriti da infezioni locali dei nervi: lebbra, neurite interstiziale ipertrofica giovanile (Dejerine e Sottas) o degli adulti (Dide e Courjon).

La polineurite è dovuta all'azione diretta delle sostanze tossiche sul tessuto dei nervi, per il quale le sostanze stesse hanno un'affinità chimica elettiva. È stato bene accertato che le tossine della difterite, della tubercolosi, del tetano sono fissate *in vivo* ed *in vitro* dal sistema nervoso. E mentre la virulenza delle due prime aumenta allorchè si fissano al sistema nervoso, la tossina tetanica invece è neutralizzata.

Le sostanze tossiche possono raggiungere il sistema nervoso per le vie del sangue e dei linfatici, e diffondersi anche lungo i cilindrassi.

La polineurite alcoolica, una volta più frequente che ora, si presenta sopratutto nei bevitori di alcool a forte concentrazione. È dovuta all'azione diretta dell'alcool su i nervi, ma è stata anche avanzata l'ipotesi che fosse dovuta ad altre sostanze tossiche formatesi nell'organismo degli alcoolisti cronici. L'affezione comincia con senso di torpore, di pesantezza e parestesie varie ai piedi, dolori negli arti specie di notte, crampi muscolari, dolorabilità dei muscoli, iperestesia della pianta dei piedi, tremori fini, debolezza degli arti. A questo stadio l'affezione può regredire con l'astinenza dall'alcool. Sono sintomi caratteristici della polineurite alcoolica: 1) la intensità del dolore e dei disturbi sensitivi; 2) la dolorabilità acuta dei nervi e dei muscoli; 3) la prevalenza dei disturbi a carico degli arti inferiori in confronto di quelli a carico degli arti superiori; 4) la distribuzione periferica dei sintomi con debolezza prevalente dei muscoli estensori; 5) la rapida comparsa di contrazioni e deformità dovuta a fibrosi dei muscoli; 6) la presenza di disturbi mentali, dei quali i più caratteristici sono quelli costituenti la sindrome di Korsakoff.

La polineurite saturnina può manifestarsi in seguito ad avvelenamento acuto o cronico da piombo. Sono registrati casi nei quali la paralisi si è manifestata dopo mesi ed anche anni dalla cessazione dell'avvelenamento.

Il veleno può essere introdotto nell'organismo con la ingestione di alimenti ed acqua contenente sali di piombo, inalazione di polvere e vapori di piombo e più raramente mediante assorbimento cutaneo. I sintomi caratteristici della polineurite saturnina sono: 1) assenza di sintomi sensitivi, il solo sintoma subiettivo è costituito da crampi muscolari; 2) mancanza di dolorabilità dei tronchi nervosi; 3) la paralisi colpisce generalmente più gli arti superiori che quelli inferiori, è bilaterale, segmentaria, e spesso localizzata a determinati gruppi muscolari; 4) insieme alla paralisi vi sono altri sintomi d'intossicazione saturnina: cefalea, disturbi gastrici, costipazione, coliche, cute pallida e giallastra, macchie di piombo sulle gengive, pigmentazione delle mucose della bocca, ingrossamento delle parotidi, e caratteristiche alterazioni renali e vasali.

La polineurite arsenicale può sopravvenire in conseguenza di avvelenamento acuto o cronico, accidentale o intenzionale. Da che è stato limitato l'uso dell'arsenico nell'industria si riscontra raramente come affezione professionale. Si può verificare in seguito a cure arsenicali prolungate in alcune malattie, come la corea e le anemie gravi. Se ne sono registrati casi prodotti da cure d'arsenobenzoli. La polineurite arsenicale colpisce di solito tutt'e quattro gli arti. I disturbi sensitivi sono intensi: dolore spontaneo, e dolorabilità alla pressione dei muscoli e dei nervi. La paralisi oltre i muscoli estensori colpisce i piccoli muscoli dei piedi e delle mani. I disturbi trofici sono rilevanti: assottigliamento della cute delle dita, unghie fragili e striate, caduta di capelli, iperkeratosi del palmo della mano e della pianta dei piedi, eruzioni cutanee, pigmentazioni. Non mancano altri segni dell'avvelenamento: denutrizione, coriza, disturbi gastro-intestinali.

La polineurite diabetica si manifesta negli individui sofferenti d'iperglicemia da molto tempo. Predominano i disturbi sensitivi: dolori profondi, dolorabilità dei muscoli, la sensibilità superficiale è poco alterata, mentre lo è molto quella profonda (perdita della sensibilità vibratoria, del senso di posizione). I fatti paretici non sono rilevanti. Sono colpiti più gli arti inferiori che quelli superiori. Spesso si hanno gravi disturbi

trofici, ulceri, gangrene che a differenza di quelle tabetiche sono dolorose.

Il beri-beri è caratterizzato fin dal principio da sintomi di polineurite, e può presentarsi in due forme: la secca, nella quale esistono solo i fatti polineuritici, e la umida, nella quale si ha anasarca e versamenti nelle cavità sierose.

La polineurite può presentarsi durante il periodo di convalescenza di molte malattie infettive; le più frequenti sono quelle tifose ed influenzali.

Alcune infezioni sono dominate sintomatologicamente dalla polineurite. Tra le più caratteristiche è l'eritroedema polineuritico, di cui sono stati descritti recentemente parecchi casi in Australia, in Inghilterra, nel Nord-America. Ne sono colpiti ragazzi da 4 mesi a 3 anni e mezzo di età. Dopo due o tre settimane di febbre con fatti catarrali il bambino diventa irritabile ed insonne e compare un eritema diffuso, localizzato prevalentemente alle mani, ai piedi, al naso, ai pomelli, alla fronte, che diventano anche edematosi. Si ha inoltre iperidrosi, intensa iperestesia, dolenzia dei muscoli, abolizione dei riflessi, debolezza generale, ipotonia senza però vere paralisi, fotofobia, anorressia grave.

La difterite può dare polineurite e paralisi locali; queste ultime colpiscono prevalentemente i muscoli delle fauci, dell'accomodazione. La polineurite di solito si sviluppa più tardivamente. Il suo inizio è insidioso e generalmente si constata solo quando il convalescente tenta di camminare. Predominano i fatti motori.

Le forme di polineurite (polineurite acuta tossica, polineurite acuta febbrile, polineurite infettiva acuta) nelle quali la malattia sembra indipendente da ogni altra localizzazione tossinfettiva, somigliano essenzialmente alla paralisi ascendente di Landry, con la quale pertanto possono formare tutto un gruppo. In tutte queste forme si hanno le seguenti rassomiglianze: paralisi ascendente acuta a tipo flaccido con scomparsa dei riflessi profondi; inizio febbrile; lievi disturbi della sensibilità; dolori moderati e scarsa dolorabilità dei muscoli, disturbi sfinterici lievi e transitori; assenza di disordini mentali; alterazioni non costanti di liquido cefalo-rachidiano, che spesso è normale, e può contenere eccesso di proteine.

Sono stati registrati casi di polineurite ricorrente. I sintomi sono prevalentemente motori; ciascun attacco lascia il paziente sempre più debole; gli attacchi si verificano senza cause apparenti e con intervalli irregolari durante i quali rimangono assenti i riflessi che sembrano permanentemente scomparsi.

DR.

APPARATO RESPIRATORIO.

La siderosi polmonare.

(HOKE E. *Medizinische Klinik*, n. 21, 1925)

La siderosi dei polmoni appartiene assieme alla antracosi, alla malattia dei lavoratori della porcellana, alla amilosi, ecc., alla vasta categoria delle pneumoconiosi. Sono malattie essenzialmente professionali, che difficilmente si mostrano come forme pure, essendo spesso la pneumoconiosi la risultanza dell'aspirazione di due o più polveri. Tutte le pneumoconiosi, dal punto di vista della sintomatologia subbiettiva, possono distinguersi in due grandi categorie: quella in cui la polvere perturbante non provoca disturbi subbiettivi di sorta e quella in cui questi sono presenti. Tale gruppo può venir diviso in due sottogruppi: quello a sintomi precoci e quello a sintomi tardivi.

Molto meno nociva della siderosi è l'antracosi.

I disturbi subbiettivi precoci a volte possono simulare una angina· tosse irritativa, ben diversa dalla tosse polmonare, raucedine, brividi, dolori toracici e articolari. Tali disturbi che portano spesso allo stato enfisematoso, sono frequenti nei lavoratori robusti. In quei lavoratori che invece rappresentano il mediocre tipo medio dell'operaio industriale, i disturbi sono diversi e non vengono a cessare nemmeno coll'interruzione del lavoro: v'è tosse laringea, abbaiante, sudori notturni, temperature subfebbrili, dolori ossei e cardiopalma. Come sintomi concomitanti sono da annoverare la anoressia, la facile stanchezza e sintomi nevrastenici. Tali sintomi precoci peggiorano notevolmente nell'inverno per migliorare in estate.

I disturbi subbiettivi tardivi sono costituiti da tosse, e dispnea specie negli sforzi muscolari. I pazienti hanno la sensazione di avere il torace ristretto e insufficiente alla respirazione. A volte veri accessi asmatici. In genere vengono a morte per insufficienza cardiaca, secondo Holischer, per insufficienza del cuore destro.

I sintomi cardinali per la diagnosi sono anzitutto la assoluta contraddizione che c'è tra i disturbi del paziente e la negatività assoluta del referto clinico obbiettivo; quindi la faringite e laringite che assumono spesso un andamento ricorrente. Lo sputo può avere un tono gialliccio di colore o perfino un colore rosso ruggine dovuto alla presenza di ossido di ferro, a volte può essere striato di sangue. Può mettersi in evidenza la non espandibilità dei margini polmonari, e in casi avanzati l'esistenza di caverne bronchiectasiche. A volte dita a bacchetta di tamburo.

L'aspetto radiologico dei polmoni nella siderosi è diverso: negli stadi incipienti l'ilo appare in-

tensamente opaco e dense strie si dirigono da questo verso gli apici e verso le basi. In stadi avanzati il campo polmonare è diffusamente invaso da macchie oscure di grandezza variabile: da quella di una testa di spillo a quella di un cece. Spesso tali macchie sono confluenti sì che simulano la presenza di nodi neoplastici.

La diagnosi differenziale tra tubercolosi e pneumoconiosi è quanto mai ardua, e a volte riserba amare sorprese. Spesso è impossibile perchè il polmone preparato dalla pneumoconiosi ammala di tubercolosi con grandissima facilità; allora la sintomatologia subbiettiva, obbiettiva e radiologica delle due malattie sfuma l'una nell'altra e la diagnosi esatta è impossibile.

Notevole è il fatto che se il polmone pneumoconiotico ammala facilmente di tubercolosi, questa assume allora un andamento benigno evolvendosi come processo cirrotico indurativo. In altri casi, però, specie nei giovani lavoratori la tubercolosi in polmoni siderotici assume un andamento galoppante.

ROCCHI.

Lesioni postume dell'apparato respiratorio da gas di guerra.

(E. SERGENT. *Presse médicale*, n. 13, 1925).

Le intossicazioni da gas di guerra, quando non uccidono brutalmente le vittime, determinano dei relitti morbosi durevoli che si manifestano con disturbi più o meno accentuati delle funzioni digestive, del fegato, dei reni, delle vie respiratorie. Queste ultime sono colpite più frequentemente poichè il gas penetra nell'organismo attraverso di esse.

Il gruppo dei gas detti « vescicanti » (yperite) e quello dei « soffocanti » sono i maggiori responsabili di queste lesioni. La patogenesi si deduce dalle constatazioni sperimentali e anatomo-patologiche: le lesioni della mucosa bronchiale (congestione, ulcerazioni, false membrane, bronchiolite obliterante, ecc.) e degli alveoli (edema, atelettasia) aprono la porta alle infezioni secondarie che sorgono dalla flora batterica delle vie respiratorie superiori; mentre l'intervento di circostanze occasionali (raffreddamento, influenza, ecc.), favorisce la penetrazione dei germi che trovano condizioni favorevoli al loro sviluppo nelle alterazioni permanenti dell'albero respiratorio.

Lo studio clinico di tali postumi comprende le affezioni rino-laringee, le broncopolmonari, e la tubercolosi degli intossicati.

Nel rino-faringe si constatano ulcerazioni superficiali, corizza cronica con o senza anosmia; nel laringe ugualmente ulcerazioni più o meno profonde che possono causare veri spasmi, o alterazioni della voce, dalla raucedine all'afonia completa. Si è descritto un caso di perforazione del setto nasale. Queste alterazioni migliorano col trattamento locale, e con le cure termali.

Le lesioni broncopolmonari tardive hanno dato luogo a numerose pubblicazioni. Achard, fra i primi osservatori, ha isolato i due tipi clinici principali: l'*enfisematoso*, e il *bronchitico*, o *pseudotubercolare*. Altri autori hanno segnalato altre forme: *bronchite semplice recidivante*, *bronchite con enfisema*, *congestione edematosa recidivante*, *ascesso polmonare tardivo*, *bronchite cronica con enfisema e adenomediastinite*, *tubercolosi confermata*. L'A. è contrario a moltiplicare le forme cliniche. In realtà i gas se hanno rappresentato una causa *speciale* di infiammazione della mucosa tracheo-bronchiale per la irritazione locale, non posseggono la proprietà di dirigere ulteriormente gli esiti morbosi di questa irritazione originale verso tipi anatomo-clinici *specifici*.

L'intensità e la complessità del processo progressivo sono relativi da una parte alla estensione ed alla profondità delle lesioni immediate provocate dall'azione diretta del gas, e dall'altra all'intervento indiretto di diversi fattori associati e individuali (età, condizioni anteriori dell'apparato e funzione respiratoria, tare e malattie associate, condizioni igieniche di vita, ecc.).

Le lesioni possono dunque *persistere* con carattere di *benignità*, o possono *aggravarsi progressivamente*. Le forme benigne si manifestano con semplici disturbi funzionali, comuni per ogni tracheo-bronchite superficiale recidivante a ogni minima occasione di raffreddamento, di inalazione di polvere, di fumo. La tosse abituale diviene accessionale, spasmodica, talvolta pertossoide. Le successive ricadute possono determinare un certo grado di enfisema, e portare, a poco a poco, alle forme gravi. Queste ultime presentano una evoluzione diversa a seconda che lo sviluppo è segnato da riaccensioni acute e subacute, o da un'accentuazione del processo di sclerosi progressiva ed ineluttabile, senza intervento di crisi febbrili intercorrenti. Il primo tipo comprende le manifestazioni *congestive* episodiche più o meno tenaci, frequenti e febbrili, talvolta molto preoccupanti perchè accompagnate da piccole emottisi, il che contribuisce ad orientare la diagnosi verso la tubercolosi; *focolai di edema infettivo* e di *broncopolmonite;* manifestazioni di *pleurite* e di *corticopleurite*, rivelatrici di focolai polmonari in evoluzione; casi di *ascesso polmonare tardivo*, con vomiche. Il secondo tipo è costituito dalle forme in cui l'infiammazione bronchiale guadagna, lenta, tutta la parete e invade la zona peri-bronchiale: così si costituisce la broncoalveolite cronica che conduce fatalmente alla sclerosi bronco-pol-

monare diffusa, con bronchiectasie, e adenomediastinite. La malattia assume allora la maschera di alcune forme di tisi fibrosa: solo l'esame batteriologico, se dimostra la presenza del bacillo di Koch, può permettere di affermare l'esistenza della tubercolosi, poichè l'aspetto clinico e l'esame radiologico non danno la soluzione del problema.

Vi sono, però, numerosi malati nei quali le lesioni di sclerosi bronco-polmonare rimangono come fissate, diminuendo il valore funzionale respiratorio in una misura apprezzabile (valutazione dello scambio respiratorio, spirometria, ecc.). Questi malati, posti in buone condizioni, sottoposti alla terapia iodica e arsenicale per l'elemento catarrale, termale e fisica per la insufficienza respiratoria, sono atti a un rendimento pur limitato.

Sulla delicata e importante questione della tubercolosi negli intossicati da gas si può dire, per le conclusioni del complesso statistico, che il fattore tisiogeno dei gas di guerra è pressochè nullo, e in ogni caso infimo e quasi trascurabile. L'intossicazione da gas non è sufficiente, da sola, a provocare la tubercolosi. Quando si constata un aggravamento, e un risveglio immediato di tubercolosi dopo la intossicazione si è costretti ad ammettere la riaccensione di una tubercolosi attiva o latente, col favore delle lesioni traumatiche della mucosa respiratoria.

Quando si constata una tubercolosi polmonare tardiva, in antichi intossicati, non si può invocare l'azione semplice e diretta del gas, e si è condotti a far intervenire i fattori d'ordine generale, indipendenti dalle conseguenze proprie dei gas e favoriti da circostanze occasionali: reinfezioni accidentali e riattivazioni per caduta della resistenza del terreno.

Si può, in ogni modo, affermare che la prognosi delle lesioni respiratorie per intossicazione da gas di guerra è grave, perchè costituiscono una invalidità funzionale incontestabile, e uno stato morboso definitivo.

A. PICCINELLI.

OSSA.

La cura chirurgica delle fratture sottocutanee.

(F. KÖNIG. *Arch. f. klin. Chir.*, 133, p. 380).

F. König relatore sul detto tema al 48° Congresso tedesco ha raccolto le informazioni di 32 cliniche tedesche, austriache e svizzere sulla opportunità dell'intervento nelle fratture sottocutanee. Le opinioni a tale proposito sono quanto mai divergenti, ciò che spiega come alcuni osservatori chiamino frequente un intervento da altri denominato di eccezione.

Non bisogna ricorrere all'intervento solo quando e dopo che la cura incruenta è fallita. Tra le indicazioni all'intervento rientrano, tra le prime, le complicazioni delle parti molli: non solo lesioni cutanee ma anche l'interposizione di muscoli o fasce fra i monconi ossei, lesioni di nervi o vasi, interposizione anche di frammenti ossei in senso trasversale, rispetto all'asse dell'osso, lussazioni o divaricamenti dei capi articolari fratturati, distacchi con dislocazioni ossee di robusti tendini. A tutte queste indicazioni secondo alcuni immediate, si aggiungono quelle in cui la cura incruenta tentata è fallita (estensione con il chiodo, tentativi vani di riduzione incruenta).

Indicazioni condizionate sono rappresentate da fratture multiple dell'estremità, o da quelle in cui il fattore statico o anche cosmetico abbia grande importanza. Nei bambini l'astensione è quasi la regola: fanno eccezione le fratture articolari con gravi spostamenti.

L'A. ha operato ripetutamente fratture della clavicola, dell'estremità dell'omero, delle due ossa dell'avambraccio, della rotula, del malleoli; del collo, della diafisi e dell'estremo inferiore del femore, ma ha abbandonato come molti altri autori la osteosintesi nella frattura sottocapitata del collo del femore.

Il momento migliore per l'intervento è compreso tra la fine della prima e l'inizio della seconda settimana, sebbene alcuni operatori aggrediscano il focolaio di frattura nei primi giorni.

Lexer e Rehn, invece sostenendo come alla frattura faccia seguito uno stupore di circa una settimana hanno sostenuto che il momento migliore per l'intervento sia invece fra la 4ª e la 5ª settimana nella quale la iperemia da frattura raggiunge il suo massimo. Questo modo di vedere teorico non è condiviso dalla maggioranza dei chirurgi anche per la constatazione pratica delle lesioni talora perfino irreparabili stabilitesi in uno spazio di tempo così cospicuo. Questa lunga aspettativa sarebbe giustificata solo se fosse giustificato il timore di un ritardo di consolidazione dopo gli interventi precoci.

È opinione piuttosto diffusa che la osteosintesi non garantisca dalla pseudoartrosi o che almeno prolunghi il tempo di consolidazione, ma questo appare assolutamente contraddetto dall'esperienza e dai risultati di coloro che assai di frequente praticano questa operazione. Difatti un solo autore ha riferito di 4 pseudo-artrosi su 130 interventi, altri non l'hanno mai osservata. Un coefficiente di massima importanza dal quale non è possibile prescindere è l'asepsi la più scrupolosa. Casi di infezioni tuttavia si presentano sporadicamente qua e là, ma quasi costantemente dopo tentativi di cura incruenta e riduzioni fa-

ticose. La cute di questi pazienti presenta una ricchezza della flora batterica assai maggiore di quella delle persone sane: per questo la disinfezione della cute è in simili casi più che indicata. Meglio è se si può fare a meno della narcosi generale: nell'arto superiore si può eseguire la anestesia del plesso o l'anestesia trasversale, preferibile specie nell'arto inferiore alla rachianestesia. Il focolaio di frattura, almeno in quei casi in cui i monconi stanno vicino alla pelle, dovrebbe essere messo sempre allo scoperto mediante una incisione a lembo. Una grande attenzione bisogna rivolgere alle parti molli che vanno trattate con la massima cura, sezionando ove occorre aponeurosi e muscoli, distaccando il periostio con particolare attenzione all'arteria nutritizia, e tutto con istrumenti evitando per quanto è possibile il contatto diretto delle dita: per questo è evidente l'importanza di uno strumentario adatto.

Le fratture diafisarie offrono di rado difficoltà gravi che invece si presentano in quelle articolari in cui occorrono vaste incisioni a lembo. Nelle fratture recenti la contenzione con il semplice ingranamento dei monconi riesce per lo più sufficiente, ma in altre fratture appare spesso indispensabile l'uso di apparecchi contentori siano temporanei che definitivi. Per i primi l'uso del chiodo aumenta sempre più la sua diffusione, ma da altri viene preferito il fissatore di Lambotte. Dopo 2-3 settimane dalla sua applicazione non è più da temersi lo spostamento. Contro l'uso di materiale da lasciare indefinitivamente nel focolaio di frattura (fili, viti, placche), si sono schierati la massima parte degli operatori adducendo il pericolo di possibili fistole (evenienza talora evitabile, talora frequente) e per i possibili disturbi di consolidazione e una alisteresi tale da non escludere la possibilità di nuove fratture. Ma un'attenta disamina delle cause dell'atrofia ossea dimostra come di questa siano altri i fattori causali (fissazione incompleta della protesi, azione meccanica del filo, lievi infezioni): piuttosto una grande attenzione si deve rivolgere all'arteria nutritizia la cui lesione può causare gravi disturbi nel consolidamento della frattura. Tuttavia il corpo estraneo può effettivamente rinforzare la tendenza, quando esista, di tali disturbi e per questo il suo uso deve essere circoscritto ai casi più necessari. In alcuni casi invece la sua applicazione è stata seguita da ottimo successo funzionale. L'applicazione del filo da sutura deve essere limitata perchè troppo spesso insufficiente a vantaggio di quella delle placche di Lane (bene avvitate!) che debbono essere poste sotto il periostio e protette da una esatta sutura delle parti molli. Il risultato ideale della cura chirurgica sarebbe quello di un ripristino anatomico delle condizioni normali dell'osso, ciò che non sempre si riesce ad ottenere, ma ci si può contentare se la cura incruenta dopo quella operatoria ci permette un risultato funzionale buono. Durante il periodo post-operatorio è da tenere in specialissima considerazione la contenzione della frattura. Mentre cioè l'inizio dei movimenti in condizioni favorevoli è già permessa dopo la prima settimana, nelle fratture articolari non si deve sottoporre l'arto al carico se non a guarigione constatata radiologicamente.

Tenendo presenti tutte queste condizioni i risultati definitivi, trattandosi soprattutto di gravi fratture, sono più che buoni. Su qualche insuccesso si deve contare specie nelle fratture che si infettano, in quelle di individui vecchi e in quelle del gomito anche nel bambino. E. M.

Tumori delle ossa.

(FR. C. CHRISTENSEN. *Ann. of Surg.*, giugno 1925).

È un importante articolo di ordine statistico, in quanto esso rappresenta un'analisi di 1000 casi, con speciale riferimento alla sede dei tumori e ai rapporti di questi con il sesso e con l'età.

L'articolo non si presta ad una breve recensione. Si possono solo riassumere alcuni dati principali.

La classificazione, seguìta dall'A., è quella del Comitato della Società Americana di Patologia, ed è ben diversa dalle classificazioni in uso presso di noi:

I. Tumori osteogenetici: 1) Benigni: *a*) esostosi; *b*) osteomi; *c*) condromi; *d*) fibromi. 2) Maligni (sarcomi osteogenetici): *a*) midollari e sottoperiostei; *b*) periostei; *c*) sclerosanti; *d*) telangettasici-sarcomi non differenziati. - II. Fibrosarcomi periostei. - III. Tumori giganto-cellulari. - IV. Mielomi. - V. Tumori di Ewing (mielomi endoteliali). VI. Angiomi: *a*) benigni; *b*) maligni (angiosarcomi). - VII. Tumori metastatici. - VIII. Tumefazioni flogistiche, che possono simulare tumori (fra queste è compresa l'osteite fibrosa-cistica).

Secondo questa classifica, la raccolta di C. è così divisa: 35 tumori benigni osteogenici, di cui 22 nelle ossa lunghe, e più precisamente 12 a carico del femore (8 nell'estremo distale).

I vari tipi di sarcomi osteogenici rappresentano il gruppo più numeroso di tumori: 441 casi; e di essi il 59 % fu trovato in uomini, il 41 % in donne. Le sedi di predilezione di questi tumori sono: l'estremo inferiore del femore (222 casi); l'estremo prossimale della tibia (133 casi); gli estremi prossimali dell'omero e distale del radio (60 e 35 casi). Cioè le sedi di massimo accrescimento delle ossa lunghe degli arti, e quelle in cui il centro epifisario si ossifica più tardi.

In 16 casi furono notati sarcomi multipli delle ossa. Si ebbe un solo caso di sarcoma (periosteo) della rotula.

Il fibrosarcoma periosteo deriverebbe dagli strati più esterni del periostio; è un tumore meno maligno dei precedenti. Se ne ebbero 6 casi, di cui 4 in donne.

I tumori giganto-cellulari delle ossa (da non confondersi coi sarcomi) formano un gruppo di 362 casi (53 % nelle donne; 47 % negli uomini). Il maggior numero dei casi fu osservato da 20 a 30 anni. Rispetto alla distribuzione nei vari segmenti dello scheletro, si vede che essi colpiscono le ossa della faccia più spesso di quello che non le colpiscano i sarcomi osteogeni (25,7 % rispetto a 19 %). Le epofisi ossee sono invase più spesso dai tumori giganto-cellulari che dai sarcomi.

28 casi di mielomi multipli: in 11 casi i pazienti avevano meno di 21 anni.

87 tumori di Ewing (mielomi endoteliali): la maggior parte colpiva fanciulli e giovanetti.

4 casi di angiomi benigni, di cui 2 nelle vertebre.

33 casi di tumori metastatici (di cui 13 da tumori della mammella). A. CHIASSERINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

E. TRENTI. *Il linfogranuloma maligno (Morbo di Hodgkin)*. Un volume in-8° di 176 pag. con 18 figure e 9 tabelle termometriche in tavole fuori testo. L. Pozzi, edit. Roma, 1925. L. 18.

Non mancano nella letteratura italiana e straniera contributi monografici sul morbo di Hodgkin; in questo ultimo decennio non più rara è apparsa la malattia, dacchè la clinica ha aguzzato i mezzi di analisi delle malattie sistematiche, stabilendo elementi di grande verisimiglianza diagnostica, e l'anatomia patologica ha dettato i criteri differenziali biopsici per l'accertamento diagnostico.

Il libro di Trenti, non è opera superflua, poichè l'A. nel suo contributo non si è limitato ad accogliere i dati per un esatto quadro della linfogranulomatosi maligna, ma ha aggiunto alla selezione intelligente delle nozioni accertate un contributo personale, frutto di studio accurato nella Clinica di Roma, contributo ricco per indagine clinica, anatomo-patologica, bacteriosierologica, ematologica, ricco per esperienza curativa coi mezzi più moderni e più in voga.

Il libro nella sua prima parte tratteggia con brevità lodevole quanto si conosce del problema, nella seconda parte e nell'appendice è la documentazione, che, come giustamente afferma il prof. Ascoli nella prefazione, costituisce il merito migliore della monografia.

Lo studioso vedrà nei quadri analizzati i tipi fondamentali della malattia presentati in uno studio preciso clinico e dettagliato, seguiti per lungo tempo, per lo più fino al controllo anatomico. Troverà l'indagine di laboratorio quale valido ausilio nello studio del malato, e mezzo, con i tentativi più svariati, per chiarire il problema etiologico: troverà risoluta, con documenti inoppugnabili, l'annosa questione dei rapporti fra la tubercolosi e il linfogranuloma maligno. Nello studio casistico del Trenti si riflette il *metodo* esemplare dell'Istituto di Roma nel quale il lavoro clinico è stato compiuto.

Non va trascurato l'accurato capitolo sulla diagnosi che è opera non di rivista sintetica ma di un personale studio, che ha superato difficoltà non lievi paratesi nel lungo tempo d'osservazione.

Una ricchissima letteratura, fotografie assai ben dimostrative, e delle microfotografie assai chiare nell'assieme e nei dettagli, delle tabelle termografiche chiudono il libro.

Di monografie come quella del Trenti dovrebbero arricchiare ogni giorno la nostra letteratura medica: esse servono a completare i trattati manchevoli o insufficienti in argomenti di vitale importanza, esse dovrebbero in serie completare la biblioteca dello studioso e del medico pratico al quale non è più lecito ignorare certe diagnosi, gli assillanti problemi etiologici che si dibattono senza una conclusione decisa, i tentativi di cura e il loro valore.

Auguro la ben meritata fortuna al libro che ha meriti intrinseci, e che mantiene carattere di palpitante attualità. T. PONTANO.

I. BOAS. *Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.* 8ª e 9ª edizione completamente rifatta, con 145 figure e 6 tavole a colori. Editore Georg Thième, Leipzig 1925.

L'opera classica di Boas, che vede già il suo quarto decennio di vita, si rinnovella di novelle fronde in questa nuova edizione. Il volume di 817 pagine, fornito di un registro per materie e per autori, è diviso in tre grandi sezioni: *a*) metodi generali di ricerca; *b*) terapia generale; *c*) parte speciale.

Fra i capitoli, cui sono state fatte maggiori aggiunte e modificazioni rispetto alle precedenti edizioni, vanno ricordati quelle sulle *Emorragie occulte*, quello sull'*Esame Roentgenologico dello stomaco*, e gli altri riguardanti l'*Ulcera peptica dello stomaco*, l'*Ulcera peptica del digiuno*, il *Cancro dello stomaco*, i *Tumori benigni dello stomaco*, la *Sifilide gastrica*.

Non trascurata è la *Chirurgia dello stomaco*, almeno per ciò che riguarda le indicazioni, i vari tipi d'intervento, i risultati. Alcune figure, prese dal *Corso di operazioni di Schnieden* illustrano questa parte.

Interessanti sono alcune osservazioni fatte dall'A. sui progressi raggiunti nei metodi diagnostici e terapeutici delle affezioni gastriche. Ai vecchi metodi di esame, che pure non hanno perduto il loro valore, si è aggiunta la *Diagnosi funzionale* delle malattie dello stomaco. La grande importanza assunta dall'esame Roentgenologico è ben valutata da B. Ma questo è considerato come un mezzo di aiuto, non di sostituzione, dell'esame clinico. Notevoli progressi vanno facendo le ricerche gastroscopiche.

Per ciò che riguarda la cura, B. richiama tutta l'attenzione sui mezzi igienico-dietetici, e sulla necessità per il medico di non credere che i malati, sottoposti ad intervento chirurgico, possano senz'altro sottoporsi al regime degli individui sani.

Questo libro si raccomanda all'attenzione del medico e del chirurgo non solo per l'autorità del nome, ma anche per il modo chiaro e ordinato con cui gli argomenti sono svolti.

CHIASSERINI.

GIRARDI P. *Diagnostica clinica della funzionalità gastrica.* Vol. in-8, pag. 140. Edizioni « Minerva Medica », Torino 1925.

Questa monografia è il frutto della vasta esperienza e di numerose osservazioni e ricerche eseguite dal Girardi in questi ultimi anni. I vari elementi della funzionalità gastrica, secrezione cloro-peptica e motilità, sono trattati oltrechè dal lato tecnico, nelle varie modalità di presentazione tanto in condizioni fisiologiche che in quelle patologiche.

Originali sopratutto e interessanti sono i capitoli dedicati alla secrezione cloro-peptica, studiata nei vari periodi dell'attività gastrica e cioè prima a digiuno, poi con il sondaggio prolungato dello stomaco a digiuno con la sondina di Einhorn e in fine con l'estrazione frazionata della colazione di Ewald, quando cioè due stimoli diversi eccitano la mucosa gastrica.

Oggetto di particolare trattazione è il capitolo della citodiagnosi gastrica, metodo d'indagine degno di considerazione, ma purtroppo sovente trascurato.

Tutti i pratici potranno, attraverso la chiara esposizione dell'A., non solo conoscere il significato delle svariate modalità della funzionalità gastrica, ma anche porsi in grado di eseguire tali ricerche.

A. POZZI.

LEONARDO BIANCHI. *Eugenica e Igiene mentale.* Editore Idelson, Napoli. Prezzo L. 20.

L'insigne psichiatra partenopeo, che la legge inesorabile ha allontanato dall'insegnamento, si è dedicato alla propaganda dell'eugenica e dell'igiene mentale. Il libro pubblicato sull'argomento è un atto di fede ed è la documentazione della giovanile energia che anima l'illustre vegliardo.

L'eugenica è una scienza relativamente recente e solo negli ultimi anni si è arricchita di contributi che l'hanno resa degna di generale considerazione.

Il Bianchi se ne è impossessato e l'ha passata al vaglio della sua intelligenza illuminata, della sua vasta esperienza clinica. Ed ha scritto un libro dedicato prevalentemente alla giovinezza, che dai postulati della nuova scienza deve trar norme per il miglioramento della nostra razza, che se su altre razze ha il vantaggio della prolificità, presenta anche, e forse per lo stesso eccesso di prolificità, segni di decadimento organico, che si possono e si debbono eliminare.

G. DRAGOTTI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 26 giugno 1925.

Presidenza: prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Contributo alla patogenesi e terapia della febbre da fieno.

Prof. N. D'ANCONA. — Passa in rivista le teorie patogenetiche che furono sostenute dal giorno della prima descrizione ad oggi sulla febbre del fieno e conclude, appoggiandosi ad osservazioni personali, che la febbre da fieno è malattia eredofamigliare.

Passando ai mezzi curativi, si intrattiene brevemente sulla profilassi per suggerire un mezzo di disensibilizzazione a mezzo di un preparato ottenuto dall'*Antoxantum Odoratum*, da lui esperimentato, che servirebbe a vincere, o almeno a moderare, i fenomeni della malattia in atto.

Glucosio, calcio e colesterina; considerazioni sul loro contenuto nel sangue dei bambini e sui loro rapporti reciproci nella formola chimica ematologica.

Dott. G. DE TONI. — L'O. ha eseguito nel sangue di una cinquantina di bambini di età tra 1-12 anni il dosaggio contemporaneo del glucosio (Folin e Wu), della colesterina (Gricaut) e del calcio (De Waard). Nei bambini tra 1-3 anni ha riscontrato una media di glucosio di gr. 1 per mille cc. di sangue; per la colesterina e per il calcio delle medie rispettivamente di gr. 1.65 e gr. 0.12 per mille cc. di siero. Nei bambini tra i 3-12 anni i valori medi furono rispettivamente di gr. 1.05, di gr. 1.70 e di gr. 0.115.

Egli rileva che i risultati ottenuti da qualche autore ed i suoi personali mostrano che il rapporto d'interdipendenza tra questi componenti del sangue spesso non è dimostrabile e che anzi si possono ricavare dei dati contraddittorii e paradossali. Egli interpreta ciò con la straordinaria complessità dei fenomeni metabolici sui quali possono influire indipendentemente svariate cause.

Sull'eziologia del morbillo.

Prof. G. SALVIOLI. — L'O. riferisce le sue lunghe e laboriose ricerche per potere isolare e studiare il virus di Caronia in 36 casi di morbillo. In molti casi ebbe risultati negativi, in altri ottenne solo l'emocoltura, in altri ancora coltivò il virus fino al 5° passaggio. Ha attualmente due ceppi rigogliosi, che presenta alla Società, isolati e coltivati nel terreno di Cristina da lui prescelto come il migliore.

Sulla non rara presenza e sul significato di cellule gangliari del vago nel ganglio cervicale superiore del simpatico umano.

Prof. T. TERNI. — In 7 soggetti su circa 90 esaminati, l'O. ha riconosciuta la presenza nel g. cerv. super. simpatico, trattato col metodo Cajal per le neurofibrille, di un gruppo, spesso assai numeroso (fino a circa 200), di cellule sensitive cerebro-spinali. In base a più di un argomento, l'O. ritiene quelle cellule come di spettanza del ganglio nodoso del vago, dislocate durante lo sviluppo del ganglio simpatico; le considera come neuroni sensitivi del vago anatomicamente e funzionalmente collegati al sistema simpatico. Discute quindi la questione dei neuroni sensitivi del simpatico e afferma ancora una volta, in base alle sue osservazioni, la natura viscerale, intesa in senso anatomo-funzionale oltre che in senso embriologico, del ganglio nodoso del vago.

Ricerche quantitative sull'adsorbimento cutaneo.

Dott. A. ANTONIBON. — Vennero eseguite delle ricerche sperimentali per determinare quantitativamente l'adsorbimento, o per dir meglio la capacità adsorbente dello strato corneo, rispetto a varie sostanze che si impiegano in terapia. (Jodio, ac. fenico, ac. salicilico, ac. picrico, cloro).

Si immergeva a questo scopo la mano in soluzioni titolate, a concentrazioni crescenti, per un tempo costante e si determinava poi la quantità adsorbita dalla mano. Con i valori dell'analisi quantitativa, si sono tracciate delle curve, le quali indicano come varia l'adsorbimento in funzione delle concentrazioni.

Dott. B. PANIZZA. — *Ricerche istofisiologiche sul contenuto in glicogeno della bolla gelatinosa lombo-sacrale degli uccelli.*

A. R.

Reale Accademia di Medicina e Chirurgia di Napoli.

Seduta del 12 luglio 1925.

Presidenza: prof. GIUSEPPE PIANESE, presidente.

Un caso di duplicità del pene osservato sul cadavere di un adulto.

Prof. GAETANO CORRADO. — Si tratta del cadavere di un individuo di 38 a., il quale presenta due peni, normali per conformazione e per sviluppo, impiantati su ciascuna delle regioni inguinali, alla distanza reciproca di 8 cm., e fornito ciascuno di uno scroto con un sol testicolo, di un solo corpo cavernoso dell'asta, e del corpo cavernoso dell'uretra con relative ghiande. Le uretre sono pervie ed immettono in due vesciche, ciascuna comunicante col corrispondente rene attraverso un solo uretere. Manca la cicatrice ombelicale nel suo sito normale, però nello spazio fra i due peni si nota una zona di cute di aspetto cicatriziale in cui doveva impiantarsi il cordone. La prostata sinistra si presenta come una piccola mandorla e quella destra come un cece. Le vescichette seminali — una per lato — sono di piccole dimensioni. I deferenti sono normali.

L'ampolla rettale presenta un setto mediano, e si biforca in due condotti che vanno ad aprirsi in due orifizii al disotto ed all'interno di ciascuno

scroto; mentre nel sito abituale non vi è traccia di orifizio anale. La colonna vertebrale presenta cifo-scoliosi dorsale senz'altra anomalia. Le ossa del bacino sono impicciolite e deformate, ed i pubi sono distanti fra loro 8 cm. circa.

Sulla cura delle meningiti otitiche.

Prof. G. GRADENIGO. — Tra le numerose varietà cliniche che può offrire la meningite otitica è particolarmente impressionante una forma ad andamento rapidissimo legata ad otite media acuta, forma talvolta così rapida da non dar tempo ad alcun tentativo terapeutico. Il paziente è colto d'improvviso da un'otite acuta e già dopo 24-36 ore si inizia con iperpiressia e colla sintomatologia classica la complicazione meningea che in soli due o tre giorni dà luogo al coma, spesso contrassegnato da emiplegia opposta all'orecchio leso o da paralisi di qualche muscolo oculare. In tali casi la infezione si diffonde al cavo cranico sia attraverso al tetto della cassa timpanica e dell'antro mastoideo, sia attraverso l'orecchio interno. Anche in tali casi rapidi, quando vi sia il tempo, il trattamento da seguire è quello che si è ormai affermato più utile nelle meningiti otitiche: allontanamento il più pronto possibile del focolaio infettante del temporale, punture lombari ripetute, largo uso di vaccini, iniezioni endovenose di urotropina, ecc.

Alla prima e senza dubbio più importante indicazione, l'evacuazione del focolaio infettante dell'orecchio medio, non risponde spesso abbastanza efficacemente la semplice incisione della membrana timpanica: i margini della ferita timpanica hanno tendenza ad accollarsi quando l'essudato non sia abbondante, e il drenaggio risulta perciò insufficente. In tali casi l'O. non esita a sacrificare l'udito dell'orecchio malato e a praticare immediatamente il completo svuotamento del cavo timpanico e delle cavità mastoidee annesse. È precisamente un caso di questa categoria guarito dietro questo intervento, che porge occasione a questa breve comunicazione.

Sull'esame dell'udito coll'acumetro a triodo, modello Stefanini.

Prof. GIUSEPPE GRADENIGO. — L'O. dopo avere minutamente descritto l'apparecchio basato sulla lampada a triodo usata in radiotelefonia ne enumera i vantaggi che la Clinica ne può trarre con il suo uso.

Ulteriore contributo alla conoscenza delle forme anomale da infezione cripto-meningococcica.

Prof. G. TEDESCHI. — L'O. riferisce su di un caso di un giovane di 29 anni, pavimentista, sifilitico, nel quale si è avuto encefalite con sindrome Parkinsoniforme (crede il primo nella letteratura). Tale sindrome morbosa è stata in modo ineluttabile sostenuta da una infezione cripto-meningococcica, come hanno dimostrato le prove batteriologiche e culturali.

Prof. ANACLETO ROMANO. — *Il fenomeno della sinopsia (sinestesia) studiato particolarmente in tre soggetti assai menomati nelle sfere sensoriali.*

A. CHISTONI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute del 1° aprile e del 6 maggio 1925.

Presidenza: prof. G. PIERI, presidente.

Dott. A. SPANIO. — *I sintomi di insufficienza cardiaca.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Il rivestimento congiuntivale nelle ferite oculari.

Dott. G. FERRARI. — Riferisce brevemente sui progressi della moderna chirurgia oculare e della prognosi delle ferite oculari oggi notevolmente migliorata.

Una delle migliori conquiste della traumatologia oculare è, senza dubbio, il rivestimento congiuntivale, il quale deve considerarsi come mezzo di contenzione che sostituisce con vantaggio la sutura diretta sclerocorneale e agisce anche come mezzo di protezione contro la penetrazione di agenti infettivi esterni.

Dopo avere esposto come si pratica questa piccola operazione, l'O. presenta alcuni malati nei quali il solo rivestimento congiuntivale potè salvare occhi che sarebbero altrimenti stati fatalmente destinati alla demolizione.

Per la sua semplicità questo atto operativo, che non è sufficientemente riconosciuto ed apprezzato, è accessibile anche al medico pratico: ad ogni modo è bene che il pratico conosca l'importanza di tale atto operativo per poter inviare a tempo opportuno il ferito alle cure dello specialista.

Sul censimento dei tubercolotici.

Dott. C. PAGANI. — Richiama l'attenzione dei colleghi sul fatto che le modalità con le quali il Consorzio Antitubercolare Provinciale ha proceduto al censimento dei tubercolotici non potevano che rendere insufficiente ed inadeguato il risultato del censimento stesso, come dimostrano le statistiche conclusive.

Ritiene opportuno che dalla Società parta un incitamento a tutti i colleghi perchè abbiano a rispondere con solerzia e precisione alla iniziativa del Consorzio, per evitare che per incuria proprio dei medici si possa arrivare ad avere una idea della gravità del problema che sia al disotto e lontana dalla triste realtà, con la relativa conseguenza di una sosta da parte degli enti pubblici e privati nel condurre la lotta antitubercolare.

Su queste direttive propone un ordine del giorno che, dopo ampia discussione, viene approvato alla unanimità dalla assemblea, e di cui dovrà essere inviata copia ai singoli medici della provincia.

Sull'ascesso renale.

Dott. R. BROGLIO. — L'ascesso renale è una affezione rara, e ancora mal definita nei testi di chirurgia.

L'O. presenta un bambino di sei anni che, senza precedenti degni di nota, ammalò con dolori al fianco destro, con febbre serale non molto alta preceduta da brividi; la palpazione combinata dello spazio lombare di destra permetteva di palpare il rene un poco aumentato di volume, vivamente dolente; nulla nell'orina. Questi sintomi dopo circa tre settimane subirono una remissione (durata un paio di settimane) che fece pensare a una guarigione spontanea, ma poi ripresero più intensi di prima e costrinsero all'intervento.

Il chirurgo scoprì il rene destro: esso era aumentato di volume, grande quanto un limone, e nel terzo medio, sulla parte convessa, presentava, subito sotto la capsula, una raccolta di pus denso, grande quanto una noce.

L'incisione e il drenaggio della cavità furono seguiti da rapida guarigione; il malato nei primi giorni che seguirono l'operazione ebbe iniezioni endovenose di urotropina.

L'esame batteriologico del pus dimostrò lo stafilococco piogene aureo in cultura pura.

Esplorazione del cavo rachideo col lipiodol.

Prof. G. PIERI. — L'O. mette in rilievo il valore di questo nuovo mezzo diagnostico, proposto alcuni anni or sono da SICARD, e le cui modalità di applicazione sono divenute molteplici. Egli si limita a illustrare la indicazione più importante dell'iniezione di lipiodol: quella dell'esplorazione del cavo rachideo, che è divenuta una preziosa risorsa per la diagnosi di natura e sopratutto di sede di alcune lesioni e malattie del midollo e delle meningi.

Descritta la tecnica dell'iniezione di lipiodol nello speco, l'O. presenta le radiografie di tre casi in cui tale iniezione fu praticata.

Nel primo si trattava di un soggetto con sintomi di grave compressione della cauda secondaria a una frattura delle vertebre lombari riportata tre anni prima (paraplegia circoscritta ai piedi, fieri dolori, ecc.). La radiografia eseguita dopo iniezione di lipiodol localizzò la compressione in modo esatto, cosicchè bastò resecare l'arco della quarta lombare per sopprimere gli agenti di compressione delle radici (esostosi, aderenze meningee, ecc.).

Nel secondo caso si trattava di una spondilite tubercolare dorsale con paraparesi spastica grave. La radiografia dopo iniezione di lipiodol permise di circoscrivere esattamente la zona midollare compressa, e di limitare la laminectomia alla asportazione dei soli archi vertebrali corrispondenti a tale zona.

Il terzo caso riguarda una donna nella quale si era stabilita lentamente una paraplegia spastica, e nella quale la presenza di tremori e talora di nistagmo aveva fatto sospettare una sclerosi a placche. La radiografia dimostrò il lipiodol fermo all'altezza della settima vertebra cervicale, e gravi alterazioni del corpo della prima dorsale. Si concluse per una compressione da metastasi vertebrale di un gozzo (i tremori, i sintomi oculari erano evidentemente in rapporto a uno stato di ipertiroidismo). La laminectomia, liberando il midollo della compressione, ha ridato alla malata, almeno per qualche tempo, l'uso normale degli arti inferiori.

Vaginalite purulenta.

Dott. G. LOCATELLI. — L'O. presenta un ragazzo di 17 anni, che fu operato nell'aprile 1924 di ascesso sottoepatico di oscura origine; l'incisione praticata in tale intervento non è ancora guarita.

Nel febbraio scorso comparve improvvisamente una tumefazione dolente alla regione inguinale destra, e con essa febbre alta con delirio. Tre giorni dopo, all'ingresso in Ospedale, persisteva febbre alta, la tumefazione inguinale era grande quanto una noce, dolentissima, lo scroto aumentato di volume, arrossato, edematoso.

All'operazione si trovò che la vaginale testicolare era normale; a livello dell'anello inguinale esterno la tumefazione incisa si presentava come una cavità cistica, a pareti liscie, arrossate, coperte di pseudomembrane, contenente pus giallo-verdastro; tale cavità, di forma cilindrica, si prolungava nel canale inguinale. La ferita fu tamponata e guarì nel termine di circa un mese.

L'esame batteriologico del pus dimostrò diplococchi in cultura pura. L'O. ritiene si tratti verosimilmente di una infezione (forse metastatica dalla cavità suppurante sottoepatica) di un sacco erniario preesistente ma rimasto inavvertito.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Un caso di recidiva di scarlattina.

Si può dire che, in genere, la scarlattina conferisce l'immunità, ma però non sempre. In casi rari, si possono avere ricaduta, pseudoricaduta o recidiva. Ai 38 casi di recidiva noti nella letteratura, E. Boschi (*Riv. di clinica pediatrica*, 1924, n. 8) aggiunge ora un'osservazione personale di un ragazzo eredoluetico, con chiarissime note di linfatismo, che, all'età di 7 anni ebbe scarlattina tipica, osservata dall'A. stesso, con abbondante desquamazione a larghe squame. Un paio di anni dopo, venne colto da febbre, molto elevata, vomito, polso frequentissimo, tonsillite lacunare. Il giorno seguente tipico esantema scarlattiniforme, lingua a lampone, segno di Rumpel-Leede positivo. A suo tempo, desquamazione a piccole squame. La diagnosi di scarlattina venne confermata anche da pediatri di indiscusso valore.

L'A. esamina quindi i casi noti della letteratura, alcuni dei quali sono suscettibili di critica e considera le cause che, nel suo caso, possono invocarsi per spiegare la recidiva. Anzitutto è da mettere in rilievo la costituzione linfatica spiccatissima. Ora Rominger ha potuto dimostrare che questo tipo di costituzione è assai frequente nei bambini che soggiacciono alla scarlattina e che essa era addirittura esagerata in uno che soggiacque alla recidiva. Un altro punto importante è quello che, in alcuni casi di recidiva, si era avuta precedentemente un'infezione; nel caso dell'A. vi erano stati disturbi gastrici con modico aumento di volume del fegato. Si può ammettere che essendo i leucociti richiamati verso i focolai d'infezione, dove muoiono in gran numero, vengono meno quelle sostanze immunizzanti di cui i polinucleati sono i principali produttori; si produce perciò nel sangue uno stato simile a quello che si ha nella costituzione linfatica (leucocitopenia, con linfocitosi relativa).

Un altro fatto potrebbe inoltre essere in causa e cioè le serie alterazioni nel cavo nasofaringeo che si osservavano nel ragazzo in esame. Più facilmente avrebbero quindi potuto nelle anfrattuosità della mucosa, rimanere i germi scarlattinosi, mentre per le lesioni stesse della mucosa e sottomucosa non avrebbero potuto svolgersi i processi locali che arrivano a produrre l'immunità.

fil.

Tentativi di vaccinoterapia dell'infezione scarlattinosa.

Il prof. G. Caronia (*La Pediatria*, 1 apr. 1925), dopo avere accennato alle ricerche del Di Cristina, sue e della Sindoni sull'agente etiologico dell'infezione scarlattinosa, parla dei primi tentativi da lui eseguiti sull'uso della vaccinoterapia specifica in detta malattia.

Ha adoperato in primo tempo vaccino semplice fenolizzato al 0.50 per cento, preparato con germi isolati da malati scarlattinosi; in secondo tempo vaccino lisizzato, vaccino cioè preparato con culture di germi della scarlattina messi a contatto con siero di convalescenti. Quest'ultimo l'ha adoperato per via endovenosa alla dose di cmc. 0.50; 0.60; 0.80. Riporta 16 casi trattati. In tutti ha notato una notevole riduzione nella durata della malattia; una attenuazione rapida delle manifestazioni in atto, una breve convalescenza con guarigione costante.

L'A., pur considerando come sia necessario in una malattia a decorso così variabile quale la scarlattina una larga esperienza per potersi fare un concetto esatto di un nuovo indirizzo terapeutico, ritiene questi primi tentativi di vaccinoterapia specifica di un certo valore, soffermandosi in special modo in controlli non trattati, che tutti hanno avuto un decorso più grave, una mortalità del 15 per cento e una comparsa di complicazioni di circa il 50 per cento. RICCARDI.

La prevenzione della scarlattina.

G. Dick e G. Henry (*Journ. A. M. A.*, 12 luglio 1924), mediante stipiti di streptococco emolitico isolati da scarlattinosi, o da persone viventi in contatto con essi, affermano di essere riusciti a provocare nell'uomo, in alcuni casi, una tipica scarlattina. Gli streptococchi erano di due tipi: alcuni fermentavano la mannite, altri no. Col filtrato delle culture si ebbe solo il rash, ma non mai la malattia.

Mediante intradermoreazioni con la tossina di questi streptococchi gli AA. sarebbero riusciti a distinguere gl'individui recettivi dai non recettivi. Quando è recettiva la madre lo è anche il neonato, e viceversa. È difficile standardizzare la tossina perchè a ciò non si prestano bene gli animali, come per la tossina difterica, quindi i responsi non sono sicuri come per la R. di Schick.

Gli AA. hanno pure tentato la vaccinazione, e la produzione di antitossina iniettando i cavalli con la tossina: poi la concentrano con opportuni metodi. I risultati di queste ricerche sarebbero incoraggianti, anche a parere di A. Zingher.

DORIA.

Sul trattamento della placenta previa.

F. Strina (*La Clinica ostetrica*, 1925, n. 1) osserva che, nella placenta previa, non complicata da viziatura pelvica, le indicazioni per il taglio cesa-

reo si trovano soltanto in casi rari e del tutto eccezionali. La placenta previa va invece trattata, anzichè chirurgicamente, ostetricamente, come lo dimostra la statistica di una trentina di casi dello stesso A. Il trattamento da lui seguito è il seguente.

1) *Travaglio dichiarato con placenta laterale o marginale.* Rottura artificiale delle membrane fidando per l'espletamento del parto sulle forze della madre, a meno che condizioni speciali non esigano il rapido allontanamento del feto (rapido in senso molto relativo); in tal caso, rivolgimento classico o misto a seconda delle condizioni della bocca uterina ed estrazione lenta del feto; attenta sorveglianza nel secondamento, secondamento artificiale manuale o per spremitura in casi di emorragia o di stato molto anemico della donna e tamponamento utero-vaginale profilattico.

2) *Travaglio dichiarato con placenta previa centrale.* Perforazione manuale o strumentale della placenta, applicazione di sacchetto di Champietier o rivolgimento misto a seconda dell'urgenza, abbassamento profilattico dell'arto, estrazione lenta del feto. Il seguito come nel caso precedente.

3) *In gravidanza.* Finchè l'emorragia è limitata, vigilanza armata; se l'emorragia si ripete, oppure assume carattere allarmante, sacchetto di Champietier o rivolgimento misto, previa limitata dilatazione della bocca uterina fino a permettere l'introduzione di due dita; trazioni dolci e continuate con pesi, così sul sacchetto come sul feto, allo scopo di eccitare le contrazioni uterine. Immediatamente dopo questo primo tempo, se le condizioni della paziente lo esigono, si praticano limitate ipodermoclisi a scopo tonicizzante e quindi iniezioni eccitanti. Anche in questo caso, la espulsione del feto è affidata alle forze della madre (rivolgimento misto) oppure, dopo espulso il sacchetto, si pratica il rivolgimento classico eseguendo molto cautamente l'estrazione della testa fetale. È sempre da usare la massima dolcezza dell'esecuzione delle manovre, ma nello stesso tempo non si deve avere nessuna dubbiezza sulla indicazione dei vari interventi.

fl..

Mastite cronica e cancro.

La denominazione: « mastite cronica » sarebbe, secondo G. Leuthall Cheatle (*The Brit. Med. Jour.*, gennaio 1925), fondamentalmente errata, perchè con essa non si allude ad un vero e proprio processo flogistico della mammella, e perchè i segni clinici che di tale affezione si danno mascherano spesso un incipiente carcinoma. Tali segni, infatti, prima o poi si confondono con quelli del neoplasma.

Molti nomi sono stati perciò proposti per sostituire quello di mastite cronica, ma l'A. preferisce il termine: mazoplasia. In ogni modo egli mette in guardia contro la frequenza con cui si passa da semplici fatti di iperplasia alla formazione di tessuto neoplastico, e consiglia di ricorrere senza indugio alla biopsia, al minimo sentore di ciò.

M. FABERI.

Il trattamento della tubercolosi del testicolo.

Il trattamento deve essere precoce, poichè all'inizio le lesioni sono più localizzate e si può agire sul solo epididimo con la speranza di risparmiare l'infezione del testicolo. Si deve agire esclusivamente sull'epididimo, evitando ogni mutilazione inutile, da farsi soltanto nei casi estremi.

Si deve poi tener presente che la tubercolosi del testicolo è la manifestazione locale dell'infezione generale ed è quindi il trattamento generale della tubercolosi che si farà non solo nei primi stadii, ma anche in quelli avanzati. Hanno effetti notevoli l'elioterapia, il clima marino, la cura delle acque saline. Soltanto questa cura si prescriverà ad un malato che si presenta con un piccolo nucleo epididimario recente oppure antico, ma che non ha progredito. Se invece l'andamento della malattia è piuttosto attivo, se il piccolo nucleo dà l'impressione di una piccola fluttuazione profonda, se i tegumenti che lo ricoprono si inspessiscono, e presentano una minore mobilità e soprattutto se essi incominciano a farsi rossi, allora si impone l'indicazione della epididimectomia. Alcuni preferiscono ancora in tale stadio usare le iniezioni modificatrici secondo la tecnica di Calot o sclerogene secondo quella di Lannelongue, altri fanno delle resezioni parziali, o dei raschiamenti o delle cauterizzazioni col termocauterio.

Ma quando l'epididimo presenta parecchi noduli evolutivi e ricopre come un voluminoso cimiero il casco testicolare si farà l'epididimectomia con la resezione più o meno lunga del dotto deferente. La coesistenza di lesioni vescicolari o prostatiche è una ragione di più per intervenire poichè l'epididimectomia ha su di esse un'azione nettamente regressiva. Si farà la castrazione quando la tubercolosi ha preso i tegumenti e li ha ulcerati costituendo le tipiche fistole della tubercolosi.

Come osserva Uteau (*Journal des praticiens*, 21 marzo 1925) là castrazione si impone anche nella forma ipertrofica in cui testicolo ed epididimo

formano una massa voluminosa dovuta all'abbondanza della reazione connettiva al processo tubercolare, forma che fa pensare ad un neoplasma. In complesso dunque la castrazione sarà riservata alle forme acute, a quelle ipertrofiche ed a quelle che continuano a progredire anche dopo l'epididimectomia.

fil

Il trattamento delle infiammazion della prostata.

Alcune manifestazioni cliniche dell'infiammazione prostatica sono ben note e consistono in sensazione di pesantezza, di prurito perineale, talvolta cociore profondo e senso di solletico; altre invece sono meno note come i dolori lombari tenaci, ossessionanti per la loro fissità e per la loro ostinatezza. Questi dolori fanno pensare il più delle volte a lombaggine cronica e si trovano di solito in individui con prostata dura, sclerosa. Altri prostatici accusano soltanto disturbi genitali: sia dell'erezione, sia dell'ejaculazione, che è prematura, dolorosa, assente; tali fenomeni si osservano specialmente nelle prostatiti da coli.

È sempre necessario l'esame sistematico che non deve però limitarsi alla esplorazione rettale la quale può anche essere infedele. Oltre ai segni evidenti di prostatite, quali le nodosità, le irregolarità di consistenza, la mollezza esagerata della ghiandola, solo l'esame cito-batteriologico del liquido prostatico permette di porre con sicurezza la diagnosi. L'esame va fatto sul liquido fuoriuscente dopo accurata lavatura del canale uretrale e deve riguardare la formola citologica e le colture del liquido stesso. Nè si deve trascurare l'esame endoscopico che permetterà di mettere in rilievo la presenza di uretrite posteriore. Nei vecchi la diagnosi viene resa difficile dalla presenza della ipertrofia prostatica ed è talvolta malagevole stabilire se si tratti di ipertrofia semplice, di infiammazione semplice o di infiammazione in prostata ipertrofica. L'esame citobatteriologico potrà, in unione ai caratteri rilevati al toccamento, portare ad una diagnosi esatta.

Per quanto riguarda il trattamento, oltre ai comuni metodi antiflogistici, è sempre indicato il massaggio bimanuale che R. Darget (*Journ. de méd. de Paris*, 2 maggio 1925) consiglia di fare in posizione dorsale, in cui la mano addominale permette l'espressione della ghiandola se il malato può rilasciare completamente la sua parete addominale. È altresì raccomandabile di fare il massaggio alternativamente con gli indici di entrambe le mani, in quanto che ogni indice non fa bene il massaggio che del lobo corrispondente. Il massaggio deve essere ripetuto frequentemente e seguito eventualmente da istillazioni dirette al processo uretrale come a quello prostatico. Il trattamento deve essere lungo e continuare al di là della guarigione apparente, seguendolo con continui esami citobatteriologici. Con il solo trattamento locale però i metodi di coltura del liquido prostatico e dello sperma rivelano la presenza di stafilococchi e di gonococchi. Contro questi si deve mettere in opera la vaccinoterapia, sia con gli stock-vaccini, sia meglio con i vaccini autogeni. Si potrà così ottenere la scomparsa del gonococco, e, quando la prostatite è dovuta al coli, anche di questo germe; raramente si potrà far scomparire lo stafilococco. La vaccinoterapia da sola è inefficace e gli insuccessi che ad essa si attribuiscono sono dovuti al fatto che non era stata messa in opera la cura locale. Solo con l'abbinamento dei due trattamenti si potranno ottenere dei risultati confortanti.

fil

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro i rumori.

Il voto che il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma per lodevole iniziativa del prof. Vittorio Zevi ha presentato alle autorità amministrative della Capitale, ha suscitato fervore di consensi ed ha provocato anche la impostazione di un programma elaborato dal prof. Mancioli per incarico del R. Commissario.

Sarebbe azzardato farsi delle illusioni circa la immediata applicazione di un programma che richiede modificazioni d'impianti e d'abitudini. Ma l'aver posto il problema e l'aver riconosciuto la necessità di risolverlo costituisce certo argomento di speranza, se non affidamento che le cause di rumore non siano per lo meno aumentate.

Non è dubbio che fino ad oggi i tecnici non si preoccupavano d'altro che di rendere le segnalazioni più rumorose che fosse possibile, nella costruzione degli impianti non si poneva mente ad eliminare o ridurre i rumori inutili, nè alcun pedagogo ha riconosciuta la opportunità d'insegnare alla gente italiana il vantaggio d'essere meno chiassosa.

Chiasso, chiasso! La stazione di confine avverte con il suo nome che si entra nel regno del chiasso.

Ai rumori inevitabili si aggiungono quelli inutili. Nelle stazioni al rombo dei treni si aggiungono i fischi delle locomotive ad alta tonalità e prolungati oltre il necessario, i fischietti del

personale di manovra e dei capi stazione, il vociare dei viaggiatori, le grida dei venditori di giornali, di bevande o di viveri, che urlano a squarciagola per sopraffarsi l'un l'altro e producono un frastuono infernale che sa di fiera e che ricorda le baraonde piedigrottesche di Napoli e sangiovannesche di Roma.

Le grandi città con la loro vita sempre più agitata diventano sempre più rumorose, intollerabilmente rumorose. I veicoli che s'incrociano in tutti i sensi, s'accalcano, s'inseguono urlano il loro avviso senza tregua, senza misericordia, i tram scampanellano e stridono senza pietà, le motociclette strepitano, i venditori ambulanti, specie quelli dei giornali, urlano sguaiatamente la loro merce, i lattivendoli, gli acquaiuoli, i gelatieri soffiano allegramente nelle loro cornette, le campane delle chiese battono poco cristianamente i loro rintocchi, si grida per parlare, si fischia, si suona da per tutto. Un vero pandemonio. Un pandemonio reso ancora più assordante dalla strettezza delle vie delle città italiane. Milano, Roma, Napoli sono le città dove l'inconveniente è più grave: Milano con il palpito fremente dei suoi commerci e delle sue industrie, Napoli la gaia città, dove tutti i suoni, tutti i rumori, tutte le voci si fondono in un fracasso assordante che contrasta con la dolce armonia che d'ogni parte canta la natura, Roma, che nel cui centro augusto ma purtroppo angusto deve pulsare il cuore d'una grande nazione.

Il frastuono è l'inevitabile attributo d'ogni grande città, e diventa sempre più intenso a misura che l'urbanesimo si accentua, a misura che la vita diventa sempre più meccanica.

Ogni giorno nuovi rumori si aggiungono, ed i nuovi rendono più intensi i vecchi e viceversa per necessità di sopraffazione.

Ogni rumore diventa per chi lo produce un'abitudine, un automatismo. I tramvieri battono il piede sulle loro campane automaticamente anche senza necessità, i conducenti di automobili pompano la loro tromba per solo divertimento o per abbandonarsi allegramente alle corse frenetiche, che nelle città non dovrebbero essere consentite.

È difficile rendersi conto dei motivi per i quali i venditori di giornali debbano così spietatamente rovinare le loro corde vocali ed i timpani dei cittadini. Le loro grida sgradevoli sono un invito tutt'altro che suggestivo.

Le campane delle chiese per quanto dolci e nostalgiche memorie ad esse si colleghino, farebbero bene a limitare per lo meno i loro rintocchi, specie in certe ore che i lavoratori devono dedicare al riposo.

Ma purtroppo nessuno vuole essere assente nel pandemonio generale.

Eppure nell'interesse della salute dei cittadini occorre che il frastuono delle grandi città sia ridotto al minimo.

Anche prima che i rumori urbani raggiungessero l'intensità e la tonalità attuale, intensità e tonalità che per altro minacciano di accentuarsi progressivamente, ne era stato segnalato il danno. Ricordiamo che Barv fin dal 1890 aveva richiamato l'attenzione dell'Associazione medica inglese sulle affezioni cagionate all'organo dell'udito dai rumori.

Oakley in America da decenni lotta con costanza apostolica contro i rumori.

Verney nel 1915 pubblicava su questo periodico un articolo nel quale riassumeva la quistione e consigliava i rimedî opportuni.

Egli ricordava che il prof. Vittorio Grazzi di Pisa fu un pioniere della lotta contro i rumori inutili. Quest'autore dimostrò clinicamente e sperimentalmente i danni causati all'orecchio dai rumori acuti. Secondo il Grazzi questi danni sono tanto più gravi in quanto l'orecchio non dispone di un efficace apparecchio di difesa contro gli stimoli molesti, paragonabile alla palpebra che protegge l'occhio dalle luci troppo vive.

I danni causati al sistema nervoso sono certamente più gravi. Lo stato di nervosismo di cui soffre la società moderna devesi senza dubbio in gran parte attribuire all'azione dei rumori intensi e continui.

Tutti possono rendersi conto dello stato di irrequietezza, della sensazione di fastidio che dà un rumore nuovo, o dello stato di confusione che si prova ritornando dalla campagna in città. Nè la così detta abitudine ai rumori preserva dall'azione dannosa del frastuono sul sistema nervoso. Le sensazioni uditive continue anche se non varcano la soglia della coscienza, non per questo non eccitano in modo continuo, assillante i centri acustici, da cui gli stimoli si propagano ai centri vicini. Sul sistema nervoso agiscono infiniti stimoli di cui non si ha coscienza, e quando questi stimoli sono abnormi, sono intensi e ripetuti, producono un'eccitazione continua che si traduce poi in esaurimento. Se noi dall'aperto entriamo in un ambiente con atmosfera viziata, avvertiamo subito che si tratta di un'aria irrespirabile. Ma se ci soffermiamo per qualche tempo nell'ambiente stesso non avvertiamo più quella sensazione penosa e ripugnante: tuttavia l'aria viziata agirà sul nostro organismo producendo i noti fatti tossici. Così avviene degli stimoli sensoriali molesti: l'abitudine può farli

passare inavvertiti o renderli meno fastidiosi, ma non elimina il danno esercitato sul sistema nervoso.

I rumori disturbano il sonno che è la funzione riparatrice per eccellenza del sistema nervoso. Una dolce, monotona nenia può propiziare il sonno, i rumori intensi l'ostacolano e lo disturbano, così come fa la luce viva.

Ci si può abituare, addormentarsi e continuare a dormire anche quando l'organo uditivo è colpito incessantemente da stimoli forti, ma si ha sempre un sonno agitato, irrequieto, poco riparatore. Gli stimoli acustici continuano ad agire sui centri inferiori anche se la corteccia cerebrale non è in grado di trasformare queste eccitazioni in fenomeni coscienti.

Gli effetti benefici del silenzio sono più sensibili sui malati e sui convalescenti. Nelle grandi città bisogna rinunziare a questo metodo adiuvante di cura. E purtroppo nei nostri ospedali, anche i più accreditati, l'indole chiassosa del nostro popolo fa sì che il personale d'inservienza e i ricoverati meno gravi non si peritano di vociare, di gridare disturbando la calma sensoriale di cui hanno bisogno i malati.

In effetti nulla è più riposante del silenzio. L'azione ristoratrice della vita di campagna sul sistema nervoso degli abitanti delle città è in buona parte dovuta al silenzio.

Il problema della limitazione dei rumori è senza dubbio grave.

Le autorità amministrative della capitale in seguito all'opportuna iniziativa del prof. Zevi hanno già pronte le grandi linee di un programma. Auspichiamo che esso sia tradotto in pratica, e non solo a Roma, ma in tutte le città del Regno.

Ed auspichiamo anche che le norme che sarà per dettare il Governo abbiano anche efficacia educativa sul nostro popolo. Possa questo imparare che il silenzio è non solo virtù propizia nei rapporti sociali, ma anche necessità di salute.

G. DRAGOTTI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Azione dell'adrenalina sulle coronarie e sui vasi periferici. — Al dott. G. V., abb. n. 3747:

L'adrenalina spiega azione vasocostrittrice sui vasi periferici e su quelli innervati dallo splancnico, azione vasodilatatrice sulle arterie coronarie. Per rendersi conto dell'apparente contrasto, bisogna ricordare che l'azione dell'adrenalina si esercita attraverso il sistema simpatico, di cui l'adrenalina è lo squisito stimolatore. Ma l'azione del simpatico non è univoca sui vasi: esso determina costrizione dei vasi periferici, dei vasi degli organi addominali, ecc., e fa solo eccezione per i vasi cardiaci sui quali spiega azione vasodilatatrice. In questo meccanismo d'azione stimolante del simpatico, e nella diversa influenza del simpatico stesso sui vari territori vasali si ha la spiegazione dell'apparente contradizione.

T. PONTANO.

Trattati sulle malattie dei vecchi. — Al dott. G. Murgia, da Pegli:

Consulti: LORAND. *La vecchiaia; cause e cura.* Idelson, Napoli — H. ROLLESTON. *Some medical aspects of old age.* Macmillan and Co., Londra 1922 — M. W. THAWLIS. *Geriatrics.* C. V. Mosby Company, St-Louis, 1919 — WILLIAMS. *Middle age and old age.* Oxford med. publ.

fil.

Al dott. A. Agostinelli, da Pesaro:

Consulti: F. BOTTAZZI. *Alimentazione dell'uomo.* Giannini, ed., Napoli. Ampie tabelle sulla dietetica troverà in: M. SWATRZ ROSE. *A laboratory handbook for dietetics*, Macmillan Company, Londra.

fil.

Al dott. D. Montemagno, da Pegli:

Consulti: PIANESE. *La tecnica delle autopsie. Elementi e giudizio.* Soc. ed. libraria (attualmente F. Vallardi), Milano.

fil.

Al dott. C. E., da Acquaviva:

SPINELLI. *Manuale di terapia medica ginecologica e piccola chirurgia vaginale.* Idelson, editore. Napoli.

Non esiste un manuale di terapia endovenosa. In qualunque trattato di tecnica medica, del resto, troverà quanto desidera. Su quello recente del MASCI (L. Pozzi, ed., Roma) la materia è svolta con ampiezza sufficiente.

fil.

Al dott. A. Azzolina, da Palermo:

1) Nella rivista: *Tumori* del prof. FICHERA troverà forse qualche indicazione in proposito di quanto la interessa. Dico « forse » perchè il metodo è ancora allo stato di studio e non è ancora entrato nel dominio pubblico.

2) La subcutina viene prescritta in quantità di gr. 0,8 1 % di soluzione fisiologica (al 0,7 %).

fil.

VARIA

Fisiologia e patologia dei gemelli.

Vi sono tre classi di gemelli: monocoriali, dicoriali, siamesi.

I monocoriali, detti anche monozigoti, omologhi, uniovulari, similari, identici, hanno quasi sempre aspetto identico, sono dello stesso sesso. Derivano da un solo uovo come è provato dal fatto che nell'utero sono provvisti di un solo corion e di una sola placenta.

I dicoriali non si rassomigliano, o meglio hanno le sole rassomiglianze che si riscontrano tra fratelli e sorelle partoriti in epoche diverse: hanno corion e placenta distinti. Presentano interesse solo per il fatto che nella vita intrauterina e generalmente anche durante l'infanzia, sono sottoposti alle medesime influenze. Possono essere di sesso differente.

I gemelli siamesi o riuniti, sono individui congiunti per una parte più o meno grande del loro corpo; derivano da un solo uovo ed hanno perciò gli stessi caratteri dei monocoriali. Pochi sopravvivono.

La frequenza dei parti multipli varia nelle differenti località. Dalle statistiche di Kurschner risulta che a Napoli si ha 1 parte gemellare su 158 normali, a Palermo 1 su 126, a Berlino 1 su 88, a Londra 1 su 85, a Parigi 1 su 84, a Vienna 1 su 74, a Heidelberg 1 su 52, a Dublino 1 su 57. Ballantyne ha trovato che i monocoriali si trovano nella proporzione del 12,25 % di tutti i parti gemellari; ciò dà ragione del fatto che nella maggioranza dei casi esistono differenze marcate tra gemelli.

Come si è detto, si ritiene generalmente che i gemelli identici derivano dalla fecondazione di un solo uovo da parte di più spermatozoi. In gran parte sono di sesso maschile e, come si è accennato, presentano una sorprendente somiglianza: hanno la stessa altezza, lo stesso peso, lo stesso colore dei capelli, della pelle, degli occhi. Questa eccezionale somiglianza ha fornito ottimo materiale per la produzione di leggende, di drammi, di romanzi. Castore e Polluce, i due gemelli identici, secondo la mitologia nacquero da Leda, che fu fecondata da Giove che per l'occasione prese la forma di cigno. Secondo un altro mito Leda partorì due uova: da uno nacquero Castore e Polluce e dall'altro Elena. Plauto nella sua commedia « Menaechmi » mette in scena due gemelli: Menaechmus di Epidamnus e Menaechmus Sosicles. E Messenio, il servo di quest'ultimo, così parla della loro rassomiglianza: « Io non riesco a distinguere l'uno dall'altro. L'acqua non rassomiglia all'acqua, il latte non rassomiglia al latte, come voi rassomigliate a lui, e lui a voi ».

La somiglianza dei due personaggi è sfruttata per creare situazioni comiche finchè il mutuo riconoscimento spiega gli equivoci alla fine della commedia. La « Commedia degli errori » ha un intreccio analogo, ma è ancora più complicata dall'introduzione di due gemelli, Dromios, come attendenti dei principali personaggi, i due gemelli Antipholus di Siracusa e Antipholus di Efeso.

Nella « Twelfth Night » Shakespeare fa agire due gemelli, Viola e Sebastiano, che hanno « una faccia, una voce, un portamento ».

A. Dumas nei « Fratelli còrsi » rappresenta due gemelli identici che erano riuniti al momento della nascita e furono poi separati mediante operazione. Dumas immagina che i due fratelli oltre la rassomiglianza fisica avessero una simpatia sentimentale, per modo che anche a distanza l'uno avvertiva le sensazioni piacevoli o dolorose dell'altro.

Murray (*Lancet*, 14 marzo 1925) osserva che oltre che nell'aspetto fisico i gemelli monocondriali si rassomigliano psichicamente. I fratelli Gordon, noti poi sotto il nome di « Gemini Generals » entrarono nell'esercito nello stesso giorno e nello stesso giorno diventarono generali. Due altri gemelli entrarono nello stesso giorno come studenti di medicina nel Royal Colleges, si laurearono nello stesso giorno riportando i medesimi voti anche agli esami speciali. Due gemelli giuocatori di tennis erano ugualmente abili. Altro esempio curioso è dato dai fratelli W., che ebbero perfino lo stesso numero (dieci) di figli.

I gemelli monocondriali hanno le medesime caratteristiche anatomiche, la stessa inflessione di voce, lo stesso portamento, lo stesso carattere, gli stessi gusti e spesso anche simultaneamente le stesse idee. Galton riferisce il caso di due gemelli, che contemporaneamente si spedirono in dono rispettivamente dalla Scozia e dall'Inghilterra una cassa di bottiglie di champagne.

I gemelli monocondriali presentano inoltre le medesime deformità: spina bifida, labbro leporino, pseudo-ermafroditismo, dita soprannumerarie, ernia cerebrale, ipospadia, ipertrofia dell'ombelico.

La mortalità dei gemelli è molto alta. Su 3883 paia di gemelli ricoverati nel Brefotrofio di Mosca il 62,9 % morì nelle prime settimane di vita. Nella metà dei casi mortali ambo i gemelli morivano nello stesso giorno, nell'altra metà l'altro sopravvisse solo qualche giorno. Nei primi due anni di vita la mortalità è la più alta; superato il

quinto anno la mortalità si mantiene allo stesso livello di quella degli altri bambini. Per altro i gemelli possono raggiungere anche età avanzate. I fratelli D. vissero 81 anni e fino a poco prima della morte avevano ambedue lavorato come piloti; i fratelli G. morirono a 91 anni, e si ricorda il caso anche di due gemelle che morirono centenarie.

I gemelli monocondriali soffrono di solito le medesime malattie costituzionali o ereditarie, e quando non vivono in ambienti diversi o si espongono a cause morbose separatamente possono contrarre nello stesso tempo le medesime malattie, specie durante i primi mesi di vita. Abt riferisce di due gemelli che contrassero insieme il pemfigo e che soffrirono contemporaneamente mastite sinistra seguita da eresipela. Lo stesso autore osservò due gemelle che all'età di due mesi presentavano convulsioni, tetania, rachitismo. Garrod constatò alcaptonuria in cinque coppie di gemelli, albinismo in undici coppie e cistinuria in altre due coppie. Murray trovò in un'altra coppia diabete che ebbe lo stesso decorso in ambedue gli individui, i quali morirono in coma a poca distanza di tempo l'uno dall'altro. Michaelis riferisce di due gemelli i quali avevano vissuto in ambienti diversi e che all'età di 60 anni furono colpiti da parestesie alle gambe, ulceri perforanti dei piedi, glicosuria, retinite albuminurica e che morirono con intervallo di tempo di poche settimane. Galton osservò due gemelli che alla stessa età furono colpiti da nefrite e che morirono quasi contemporaneamente.

Il fenomeno su accennato della contemporaneità ed identità delle manifestazioni morbose nei gemelli monocondriali è stato constatato anche per altre sindromi morbose. Trousseau riferisce di due gemelle che pur vivendo lontano, alla stessa ora avevano crisi d'asma e forme d'oftalmia reumatica. Laycock osservò la cataratta manifestatasi contemporaneamente in due gemelli. In una coppia la cefalea, l'itterizia si manifestavano alla stessa ora (Gill). In una coppia di gemelli Peacocke osservò il morbo di Hodgkin, in un'altra Siemens osservò leucemia splenica. E così si è constatata l'emofilia, la contemporanea manifestazione di neoplasmi (adenocarcinoma dell'utero, papilloma della laringe) e di stenosi pilorica, nonchè di gozzo e di altri disturbi della tiroide.

Anche le malattie mentali presentano la stessa contemporaneità e somiglianza di decorso. Al riguardo è interessante l'osservazione di Marandon de Montyel. Si tratta di due gemelle che mestruarono lo stesso giorno e contemporaneamente soffrirono forme identiche delle seguenti malattie: reumatismi, disordini intestinali, morbillo, rosolia, parotite. Si maritarono e diventarono incinte contemporaneamente. Al quarto mese di gravidanza ambedue furono colte da mania acuta con delirio erotico e religioso. Dopo il parto (tutte e due partorirono un maschio) guarirono completamente.

Nei gemelli monocondriali è stato osservato anche il mongolismo ed altre forme di cretinismo.

I fatti finora depongono per la straordinaria rassomiglianza dei gemelli monocondriali, che oltre ad estrinsecarsi nelle fattezze, nel portamento, nel carattere, nelle tendenze si manifesta con le medesime reazioni organiche e psichiche ai vari stimoli ambientali, alle varie influenze patogene.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

PROSPERI GINO. *La carenza premio dell'assicurazione obbligatoria malattie.* — Prato, M. Martini, 1924.

Pyorrhoea (Note on the detiology and Treatment of). — London, Walcher Laboratories, 1924.

ROBINOVITCH LOUISE and STILES GEORGE. *A chemical basis for the Treatment of Tubercolosis.* — American Review of Tubercolosis, 1924.

ROMAGNA MANOIA ACHILLE. *L'opera nazionale per l'assistenza agli orfani di guerra anormali psichici.* — Tip. A. Manuzio, 1924.

SANTANGELO G. *Esperimenti di terapia endovenosa con l'iodio allo stato di ione.* — Milano, A. Rancati, 1924.

SCAGLIONE GIUSEPPE. *Metodo rapido di colorazione del treponema pallidum con una soluzione colorante unica.* — Genova, Stab. Tip. Tecnico Industriale, 1924.

SCHIASSI FRANCESCO. *La reviviscenza delle zone malariche considerata nei fattori causali e nelle modalità di svolgimento.* — Bologna, L. Cappelli, 1924.

SEGA ACHILLE. *Nuovi orizzonti della patologia renale.* — Torino, Stab. Tip. S. A. I., 1924.

SIERRA COSTA PIETRO. *La prova della emoclasia digestiva nei suoi rapporti con la funzione epatica.* — Milano, Soc. Edit. « Unitas », 1924.

SIGNORI ATTILIO. *L'ottusità paravertebrale dorsale inferiore destra nei processi neoplastici.* — Cremona, Stab. Tip. « Cremona Nuova », 1924.

THALER HAWO. *Die Medikamentöse behandlung des Puerperalfiebers.* — Berlin, J. Springer, 1924.

VENTRA CARMELO. *Un caso raro di anestesia laringo-tracheale.* — Nocera Inferiore, Tip. del Manicomio, 1924.

VERONESI ALFREDO. *La patologia del sistema gran simpatico.* — Roma, F.lli Pallotta, 1924.

VIOLA DOMENICO. *Antiche e moderne teorie sul trattamento della tetania paratireopriva.* — Genova, G. Sambolino e Figlio, 1925.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Disposizioni per l'istruzione superiore.

Riproduciamo dal decreto-legge 4 settembre 1925 n. 1604 le principali disposizioni, che possono riguardare gli studi medici.

*Nella riproduzione preponiamo ai principali articoli il titolo dell'*argomento *che li disciplina, e conserviamo agli articoli il numero che hanno nel testo.*

Concorsi per Cattedre vacanti.

Art. 1. — Salvo il disposto del 2° comma dell'art. 17 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, ove una Facoltà, una Scuola o un Istituto superiore di magistero deliberino di provvedere con nuova nomina a una cattedra vacante, propongono al Ministro l'apertura del concorso.

Il concorso è aperto a tutti con bando che viene pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del Regno e nel Bollettino Ufficiale del Ministero almeno due mesi prima della scadenza. Il concorso è per titoli: tuttavia la Commissione giudicatrice può richiedere una prova dell'attitudine didattica, e, occorrendo, anche una prova pratica, ai concorrenti.

Art. 2. — La Commissione giudicatrice è composta di 5 membri, ed è nominata dal Ministro. Due di tali membri sono designati dalla Facoltà o Scuola o Istituto superiore di magistero che ha richiesto il concorso: uno di essi deve essere un professore o cultore della materia messa a concorso estraneo alla Facoltà, alla Scuola o all'Istituto stessi, l'altro un professore appartenente a questi possibilmente di materia affine.

Oltre i due membri effettivi, la Facoltà, la Scuola o l'Istituto interessati designano due supplenti.

Due altri membri sono nominati su proposta collettiva delle Facoltà, delle Scuole e degli Istituti, ai quali normalmente appartiene la cattedra messa a concorso, fra i professori ufficiali della materia non appartenenti alla Facoltà o alla Scuola o all'Istituto superiore di magistero cui trattasi di provvedere, o fra i cultori della materia estranei all'insegnamento ufficiale.

Oltre i due membri effettivi, le Facoltà, le Scuole e gl'Istituti propongono due supplenti.

Il quinto membro ed un supplente ad esso sono designati dal Consiglio superiore della pubblica istruzione o, in casi di urgenza, di cui è giudice il Ministro, dalla Giunta del Consiglio stesso tra i professori o cultori della materia estranei alla Facoltà, alla Scuola o all'Istituto cui devesi provvedere.

Art. 3. — Le modalità per le designazioni da farsi dalle Facoltà, dalle Scuole e dagli Istituti superiori di magistero sono fissate con ordinanza ministeriale.

Lo spoglio delle proposte delle Facoltà, delle Scuole e degli Istituti superiori di magistero è fatto dal vice presidente del Consiglio superiore di pubblica istruzione assistito dall'ufficio di segreteria del Consiglio stesso.

Art. 5. — La Commissione, con motivata relazione, propone al più tre candidati che essa ritenga degni di coprire la cattedra messa a concorso, graduandoli in ordine di merito, e non mai alla pari.

Il Ministro, sentito il parere del Consiglio superiore circa la regolarità degli atti, decide della loro approvazione. Dopo di che comunica alla Facoltà, alla Scuola o all'Istituto interessati i nomi dei candidati proposti dalla Commissione.

La Facoltà, la Scuola o l'Istituto superiore di magistero, con il voto della maggioranza assoluta dei professori di ruolo presenti alla seduta, designano al Ministro per la nomina uno dei candidati proposti dalla Commissione. E il Ministro, constatata la regolarità della procedura, dà corso, con suo decreto, alla nomina stessa, se il designato sia il primo della graduatoria, quando trattisi di provvedere a posti di Regie Università o di Regi Istituti superiori.

Quando trattisi di Università, di Istituti superiori liberi o di Istituti superiori di magistero pareggiati, dà a questi comunicazione della sua approvazione.

Qualora la designazione della Facoltà, della Scuola o dell'Istituto cada sul secondo o sul terzo della graduatoria proposta dalla Commissione giudicatrice, la nomina non può essere approvata ed effettuata se non quando chi preceda nella graduatoria stessa rifiuti la nomina o la consegna presso altra Facoltà o Scuola o altro Istituto, ovvero quando egli sia già professore di ruolo in un istituto di grado universitario.

Qualora la Facoltà, la Scuola o l'Istituto superiore di magistero non designino validamente nessuno dei proposti dalla Commissione giudicatrice, non possono chiedere l'apertura del concorso per la stessa cattedra se non siano trascorsi due anni solari.

Art. 6. — Dell'esito del concorso, dopo le deliberazioni della Facoltà, della Scuola o dell'Istituto per i quali il concorso stesso fu bandito, e entro un biennio dalla data di approvazione degli atti del concorso stesso, possono valersi le altre Facoltà o Scuole di Università o di Istituti superiori Regi e liberi o gli altri Istituti superiori di magistero Regi e pareggiati, designando al Ministro, per la nomina, con le modalità e le condizioni di cui al precedente articolo, uno fra i candidati proposti dalla Commissione giudicatrice, che non sia stato nominato alla cattedra messa a concorso.

Art. 7. — Le Commissioni giudicatrici dei concorsi si riuniscono in Roma.

Le relazioni delle Commissioni predette debbono essere integralmente pubblicate nel Bollettino ufficiale del Ministero della pubblica istruzione.

Art. 8. — Le spese per le Commissioni giudicatrici, quando trattisi di concorsi a cattedre di Università o d'Istituti superiori di cui alla tabella *B* allegata al R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, o di Università o d'Istituti liberi o di Istituti superiori di magistero pareggiati sono a carico delle Università e degl'Istituti stessi.

Art. 9. — Qualora le nomine, in seguito al risultato dei concorsi di cui ai precedenti articoli, cadano su chi già ricopra il posto di professore di ruolo, questi conserva il grado e l'anzianità che già occupa.

Provvedimenti per Cattedre vacanti.

Art. 10. — L'art. 16 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è sostituito dal seguente:

Ai posti vacanti presso ciascuna Facoltà o Scuola si provvede con nuove nomine o trasferimenti che hanno decorrenza non anteriore al 16 ottobre e non posteriore al 1° dicembre.

Spetta alle Facoltà o Scuole di deliberare sul modo di provvedere stabilmente ai posti disponibili. Le relative deliberazioni debbono essere prese non oltre il 31 maggio, quando trattisi di nuove nomine da farsi per concorso; non oltre il 15 novembre nei casi di trasferimento o di nomina a norma dell'art. 17, comma 2°, del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

Quando le deliberazioni delle Facoltà o Scuole riguardino nuove nomine da farsi per concorso, esse debbono essere approvate dal Consiglio superiore di pubblica istruzione.

Art. 11. — Quando una cattedra si renda vacante per il trasferimento o per il collocamento a riposo del suo titolare, il posto di ruolo ad essa corrispondente s'intende disponibile 20 giorni dopo la data del decreto con cui è stato disposto il trasferimento o il collocamento a riposo che hanno determinato la vacanza.

Art. 13. — Il terzo comma dell'art. 20 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è sostituito dal seguente:

Ogni trasferimento è disposto su deliberazione della Facoltà o Scuola competente presa col voto della maggioranza assoluta dei professori di ruolo appartenenti alla Facoltà o Scuola medesima. Per i trasferimenti di cui al precedente comma la deliberazione deve essere approvata dal Consiglio superiore, che si pronuncia volta per volta, salvo che si tratti di materia che costituisca una parte di quella insegnata dal professore, nel qual caso può essere trasferito anche il professore non stabile.

Acquisto della «stabilità».

Art. 12. — La motivata relazione circa l'operosità e l'efficacia didattica del professore e circa il modo col quale egli ha adempiuto in genere ai suoi doveri accademici durante il triennio, richiesta agli effetti del conseguimento della stabilità, è redatta dal Consiglio dei professori della Facoltà, della Scuola o dell'Istituto.

Congedo - aspettative - riammissione in servizio.

Art. 14. — I primi due commi dell'art. 26 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, e dell'articolo 21 del R. decreto 6 maggio 1923, n. 1054, sono così sostituiti:

Ai professori si applicano le norme stabilite per gl'impiegati civili dello Stato per quanto concerne i congedi e le aspettative. Tuttavia l'aspettativa per motivi di famiglia non potrà scadere nel periodo dal 1° giugno al 30 settembre di ciascun anno, salvo che si tratti della scadenza del periodo massimo.

Art. 15. — Nell'art. 5 del R. decreto 22 maggio 1924, n. 744, alle parole «un congedo della durata di un intero anno scolastico» sono sostituite le parole «un congedo della durata di un intero anno solare».

Art. 16. — I professori di ruolo delle Università e degli Istituti superiori, che abbiano cessato dal servizio per volontarie dimissioni, possono essere riammessi in servizio, previa proposta di una Facoltà o Scuola, entro i limiti dei posti del proprio ruolo, e previo parere favorevole del Consiglio superiore di pubblica istruzione.

Libera docenza.

Art. 25. — La libera docenza può essere concessa per qualsiasi disciplina, anche se non vi corrisponda un insegnamento ufficiale nell'ordinamento didattico delle Università e degli Istituti superiori.

In tal caso il Consiglio superiore della pubblica istruzione, prima di proporre la Commissione giudicatrice, delibera se per l'importanza e l'autonomia scientifica della materia in cui è chiesta la libera docenza, si possa iniziare la procedura sulla domanda presentata.

Art. 26. — Le Commissioni giudicatrici per il conferimento dell'abilitazione alla libera docenza si riuniscono una volta all'anno in Roma nel periodo che è stabilito con ordinanza Ministeriale.

Art. 27. — All'art. 44 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è sostituito il seguente:

Al libero docente, che durante l'anno accademico abbia effettivamente impartito un corso regolare di lezioni, è corrisposta, alla fine dell'anno stesso, su deliberazione del Consiglio di amministrazione, una retribuzione commisurata all'importanza del corso stesso, a totale carico del bilancio dell'Università o dell'Istituto.

Non sono retribuiti i corsi impartiti a titolo privato dai professori di ruolo e i corsi impartiti da liberi docenti che, essendo aiuti o assistenti a una determinata cattedra, svolgono una parte del corso ufficiale della materia medesima.

Esami.

Art 29. — Gli esami di profitto, presso tutte le Facoltà o Scuole, possono essere sostenuti per singole materie o per gruppi di materie, secondo le disposizioni contenute nello statuto di ogni Università o Istituto superiore.

Tasse.

Art. 30. — La tassa annuale d'iscrizione stabilita per le Facoltà e Scuole indicate dalla tabella *G* allegata al R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, è aumentata di L. 50.

Art. 31. — Agli studenti di cittadinanza straniera è concessa la dispensa dal pagamento della metà di tutte le tasse e sopratasse scolastiche: non è concessa dispensa dal pagamento dei contributi di qualsiasi natura.

Disposizioni generali e transitorie.

Art. 46. — Per l'anno scolastico 1925-26 la decorrenza delle nuove nomine a professore universitario per effetto di concorso potrà prorogarsi al 1° febbraio 1926. Le deliberazioni delle Facoltà o Scuole per i trasferimenti di professori potranno essere prese entro il 30 novembre e i provvedimenti conseguenti aver decorrenza fino al 16 dicembre successivo.

Art. 47. — Le deliberazioni adottate dalle Facoltà o Scuole entro il 30 giugno 1925 relative a nuove nomine varranno come proposte di concorso ai sensi del presente decreto.

Le deliberazioni delle Facoltà o Scuole relative ai trasferimenti di professori prese anteriormente alla data di pubblicazione del presente decreto hanno validità per l'anno accademico 1925-26.

Art. 48. — Le procedure per nuove nomine già iniziate alla data del presente decreto con le norme di cui all'art. 17 comma 1° del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, saranno completate secondo le norme stesse.

Art. 51. — I professori nominati nelle Università libere di Camerino, Ferrara, Perugia e Urbino anteriormente al 1° dicembre 1924, qualora da tale data o posteriormente ad essa siano stati o siano nominati professori di Università o di Istituti superiori di cui alle tabelle *A* e *B*, annesse al R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, hanno diritto alla stessa condizione che ad essi spetterebbe qualora avessero ottenuto o ottenessero il passaggio in seguito a trasferimento.

Art. 57. — Agli studenti stranieri, che si siano immatricolati nelle Università e negli Istituti superiori a tutto l'anno accademico 1924-25, è applicabile, fino al compimento del corso di studi cui sono iscritti, la disposizione dell'art. 54, ultimo comma del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, modificata dall'art. 19 del R. decreto 25 settembre 1925, n. 1585.

Art. 59. — Nell'art. 1 del R. decreto 16 ottobre 1924, n. 1755, alle parole: «salvi i diritti acquisiti dai laureati in medicina e chirurgia a tutto il 31 dicembre 1923» sono sostituite le parole: «salvi i diritti acquisiti dai laureati in medicina e chirurgia a tutto il 31 dicembre 1924».

Art. 60. — Ferme le disposizioni dell'art. 4 del R. decreto 31 dicembre 1923, n. 2909, la qualifica di specialista può essere assunta anche da coloro che dimostrino di avere atteso, anteriormente alla pubblicazione del R. decreto sopracitato, all'esercizio di specialista.

Le norme per l'applicazione di questa disposizione saranno emanate con decreto reale su proposta del ministro della pubblica istruzione di concerto con i ministri competenti.

Art. 63. — Il personale assistente, tecnico e subalterno che alla data del 30 novembre 1924 era in servizio presso il Regio istituto di studi superiori di Firenze e presso i Regi istituti clinici di Milano è rispettivamente mantenuto, a datare dal 1° dicembre 1924, presso la R. Università di Firenze e la R. Università di Milano, ed ha diritto dalla data stessa al trattamento giuridico ed economico del personale assistente, tecnico e subalterno delle altre Università Regie mantenuto in servizio ai sensi dell'art. 156 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

Gli emolumenti spettanti al detto personale sono corrisposti dallo Stato, salvo il rimborso a questo da parte delle Università predette a norma dell'art. 156 del R. decreto 30 settembre 1923, numero 2102, e dell'art. 26 del R. decreto 22 maggio 1924, n. 744.

Art. 64. — Gli aiuti e gli assistenti in soprannumero e straordinari, che, alla data del 30 novembre 1924, erano in servizio presso le RR. Università e i RR. Istituti superiori da almeno due anni solari, possono essere nominati aiuti e assistenti effettivi senza concorso, rispettate tutte le altre norme e alle condizioni stabilite dall'art. 64 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102.

Gli assistenti mantenuti in servizio ai sensi dell'art. 156 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, possono parimenti essere nominati, prescindendo dal concorso, aiuti presso l'Istituto nel quale prestano servizio con le norme e alle condizioni di cui al predetto art. 64.

Al personale assunto a norma dei due commi precedenti non sono applicabili le disposizioni di cui ai commi 3 e 4 del precitato art. 64.

Art. 65. — Il personale assistente (aiuti e assistenti) mantenuto in servizio ai sensi dell'art. 156 del R. decreto 30 settembre 1923, n. 2102, presso le singole Università e i singoli Istituti superiori può essere trasferito su domanda e previa richiesta dei rispettivi direttori ad altre Università o ad altri Istituti superiori, conservando il proprio stato giuridico e continuando a percepire gli emolumenti dallo Stato, secondo le norme di cui al precitato art. 156.

Ad esso non è dovuta alcuna indennità di trasferimento a carico del bilancio dello Stato.

Art. 68. — Gli ultimi due commi dell'art. 3 del R. decreto 31 dicembre 1923, n. 3105, sono sostituiti dai seguenti:

Gli stipendi, gli assegni e le indennità caroviveri continueranno ad essere corrisposti dallo Stato salvo rimborso di essi da parte delle Università e degli Istituti predetti a decorrere dal 1° dicembre 1924.

A mano a mano che nel ruolo si verifichino vacanze, gl'impiegati predetti rientrano nel ruolo stesso.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Medico-chirurgo-ostetrico. Stip. lordo L. 9000, con 6 aum. quadr. del decimo; indenn. per mezzo trasporto L. 3000.; id. di servizio attivo L. 500; id. di uff. san. lire 800, più caro viveri di legge. Documenti di rito. Tassa di amm. al concorso L. 50.15. Scadenza 24 nov. 1925. Per schiarimenti rivolgersi alla locale segreteria comunale.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CASTIONE DELLA PRESOLANA (*Bergamo*). — Medico-chirurgo, condotta residenz. Stip. e indenn. conglobate L. 16,143, oltre c.-v. e casa d'abitaz. Capitolato tipo. Tassa concorso L. 50. Documenti di rito. Scadenza 20 dic. 1925.

CIVITELLA CASANOVA (*Teramo*). — Entro un mese dal 5 ott.; kq. 3300, ab. 3808, di cui circa 1000 iscritti; età lim. 40 a.; tassa L. 50; stip. L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500; L. 2400 trasp.; L. 500 se uff. san.; addizion. L. 5 oltre il 15% della popolazione.

ESPERIA (*Caserta*). — Cond. per le frazioni di S. Pietro e Monticelli; L. 7000 con cinque quadrienni del 1/10; età mass. 40 a. Scad. 30 nov.

FERRARA. — Condotta per Ravalle; proroga a tutto 10 nov. Nuovo capitolato. Stip. iniz. non infer. a L. 9500.

FIVIZZANO (*Massa Carrara*). — L. 9000, con 5 quinquenni del 1/10; cav. L. 1500; c.-v. Scad. 25 novembre.

FOSSOMBRONE (*Pesaro*). — L. 8000 per 1000 pov.; L. 2 per ogni pov. fino a 1500, L. 3 oltre; L. 3000 per cav. Età mass. 40. Scad. 15 nov.

GARBAGNATE (*Milano*). — Sanatorio. Alcuni posti di assistente; L. 5500, alloggio, vitto; obbligo di residenza, pernott. e serv. di guardia. Nomina per un biennio, conferma per un massimo di tre bienni. Pubblicazioni a stampa in numero di cinque copie; curriculum vitae. Visita medica d'ufficio. Esame (anamnesi e rilievo somatico, autopsia, prove di chimica e microscopia clinica). Età mass. 35. Scad. 28 nov. Presentazione delle domande all'Ufficio Protocollo del Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano, via Ospedale, n. 5.

GRADO. — Proroga del concorso al 20 novembre, L. 8000; oltre L. 3000 per indennità alloggio; c.-v.; 4 quadrienni del dec. Età mass. 40 a.

IESI (*Ancona*). — La scadenza del concorso per medico e chirurgo primario del locale Ospedale Diocesano è prorogata alle ore 17 del 15 nov. 1925.

MEDUNA DI LIVENZA (*Treviso*). — A tutto 15 nov.; L. 8000 e 2 c.-v.; oltre L. 2500 trasp. e L. 500 uff. san.

PALMI (*Reggio Calabria*). — III cond.; L. 6000 (*sic*), oltre L. 2500 per cavalc.; età mass. 35; servizio entro 15 gg. Scad. 7 nov.

PROCENO (*Roma*). — L. 10,500 per i primi 1000 poveri; L. 1500 per cav.; L. 400 per uff. san.; c.-v. Scad. 10 nov.

REGGIO CAL. — Radiologo all'Istituto Diagnostico; L. 10,000 e 20% partecipazione entrate lorde. Eventualmente esami. Dovrà occuparsi anche di diatermia, elettroterapia e raggi ultravioletti. Domande all'Associazione Naz. Interessi Mezzogiorno d'Italia, Roma, via Monte Giordano 36 (palazzo Taverna) entro il 15 nov. Informazioni dal direttore dell'Istituto, dott. Pietro Timpano, via Acacia, Reggio Calabria.

ROMA. *Ministero della Marina*. — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

TERAMO. *Congregaz. di Carità*. — Aiuto di medic. e aiuto di chir. nell'Ospedale Civile; L. 5000 oltre c.-v. in L. 100 mens., partecipaz. proventi. Scad. ore 12 del 5 nov. Età lim. 35 (40) a. Nomina e conferma quadriennali. Chiedere annunzio.

TERRANOVA DI POLLINO (*Potenza*). — Cond. residenziale, con cura RR. CC.; L. 6000 con sei quadrienni fino ai 4/10 dello stipendio; serv. entro 15 gg. Scad. 12 nov.

TORINO. *O. P. Ospedale S. Luigi Gonzaga*. — Chirurgo primario e medico primario; L. 7500; età mass. 45 a. Tre medici assistenti; L. 5000; età lim. 30 a. (35 per gli ex combattenti, 39 per gl'invalidi di guerra). Scad. 20 nov. Domande alla Direzione (via Garibaldi, 23).

TREIA (*Macerata*). — Due cond. med.-chir. ed una chirurgica; L. 8000 aumentabili del dec. per 3 quadrienni; c.-v. I due med. chir. hanno indennità di cav.; età mass. 40. Scad. 10 nov.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — L. 8000 e L. 600 per uff. san. Scad. 15 nov.

VENTIMIGLIA (*Imperia*). — Cond. di campagna, L. 7500, 10 bienni del dec.; L. 2000 per cav.; c.-v. Scad. 15 nov.

VIBONATI (*Salerno*). — Scad. 14 nov.; età lim. 45 a.; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; c.-v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al dott. Attilio Candela, volontario di guerra e di trincea, già insignito della croce al merito di guerra, è stata di recente assegnata la medaglia di benemerenza per i volontari di guerra.

Egli ha nello scorso luglio superato brillantemente il concorso per medico provinciale aggiunto ed è stato chiamato dal Ministero dell'Interno a prestare servizio presso la Prefettura di Roma.

Il dott. Renato Pollitzer ha conseguito la libera docenza in clinica pediatrica ad unanimità di voti della commissione, composta dei proff. Pacchioni, Francioni e Di Cristina, svolgendo la lezione sul tema: « Distrofie muscolari progressive ».

Vivi rallegramenti al nostro egregio collaboratore.

Il comm. dott. Enrico Secreti, è stato recentemente nominato Cav. Uff. dell'ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro. Congratulazioni.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

La rabbia a Genova.

Su queste stesse colonne veniva or sono due anni segnalato il pericolo rabbico, diffuso intensamente in tutto il paese e la laconicità della notizia aveva tutte le apparenze di un comunicato ufficiale.

Questo riaffacciarsi del morbo, dopo una lunga tregua, veniva allora attribuito alla moda folle e punto gentile dei cani-lupo. Lo spesseggiare ovunque di casi di addentature di cani d'ogni razza, con numerosi esami batteriologici sul cane dal risultato positivo ci lascia dubbiosi che gli incriminabili siano soltanto le nuove belve domestiche: i cani-lupo: le più complete statistiche di tutto il regno ci forniranno gli elementi per un più esatto giudizio

Si legge nel codice sanitario che fra le misure da adottarsi dai Comuni per la profilassi della rabbia è assai consigliabile quella di colpire d'una grave tassa il detentore del cane, allo scopo di ottenerne la rarefazione.

In Genova quest'aumento di tassa ha avuto un effetto magico; eccolo. Essa era una volta per ogni cane di L. 20; salì poi a L. 40, in seguito a decreo ministeriale, e ciò fino al 1921.

Nel 1919 il numero dei cani era di 3253; nel 1920 di 3711. Nel 1921 si eleva la tassa a L. 80 ed allora i cani diventano 4293; nel 1922, 5934; nel 1923, 6985; nel 1924, 7820; nel 1925, il 30 settembre, erano 8906.

Poichè non è questa la sede per commenti sull'argomento, riferiamo invece i dati che possono largamente interessare sui casi sospetti di rabbia che, previo esame all'ufficio micrografico municipale di Genova, vennero inviati all'Istituto antirabbico di Torino: Nel 1923 furono 46; nel 1924 furono 33; nel 1925, a tutto settembre u. s., n. 43, nei quali vanno compresi 9 presunti pazienti, data l'irreperibilità dei cani morsicatori.

Gli esiti furono tutti in guarigione. Un solo caso di morte da idrofobia si deplora in Genova e trattasi di un bambino, i cui genitori hanno rifiutato il loro assenso pel di lui invio a Torino.

I tre casi tragici, pietosissimi, di Busalla, di Voltri, di Sestri Levante, dall'esito letale e nella forma furiosa di rabbia si riferiscono tutti ad individui che non vennero sottoposti alla cura Pasteur: due vi si rifiutarono, il terzo, morsicato dal proprio cane, non se ne addiede; ricorse al metodo tardivamente.

Tutti casi recentissimi.

Dott. FRANCESCO CROVA.

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione nazionale fra i medici visitatori.

Il 16 corrente è stato ricevuto dal direttore generale della Sanità pubblica, gr. uff. prof. Messea, il dott. A. Buquicchio, presidente dell'Associazione nazionale fra i medici visitatori, accompagnato dal prof. I. Cappelli, presidente della Società italiana di dermatologia e sifilografia, e dal prof. V. Montesano, presidente dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Scopo della visita era d'illustrare un memoriale contenente alcune proposte di modificazione al servizio di profilassi anticeltica ed alle condizioni attuali di carriera dei medici visitatori.

Il direttore generale, che aveva già preso visione del memoriale, ascoltò con la massima benevolenza la commissione e promise di fare oggetto di studio accurato le proposte contenute nel memoriale

Corso pratico per medici condotti a Venezia.

Si terrà presso l'Ospedale civile dal 5 novembre al 5 dicembre 1925.

Oltre alle lezioni cliniche generali nei vari reparti ospedalieri si terrà nell'Aula Magna dell'Ospedale una serie di conferenze cui è assicurato il concorso dei proff. Centanni, Ceresole, Fichera, Franco, Giordano, Rondoni, Roncato, sui vari argomenti che si connettano alla patologia della diagnosi ed alla cura dei tumori maligni.

Le iscrizioni si ricevono fino al 5 novembre presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale Civile.

Ai medici iscritti e che provengano da fuori di Venezia l'Amministrazione offre pensione nell'internato ospedaliero alla retta di L. 15 giornaliere per alloggio e vitto. Anche per questo l'iscrizione si riceve presso la Direzione Sanitaria.

Alle domande di iscrizione, in carta semplice, unire la tassa di L. 30 per il diploma di frequenza.

Congresso scientifico in onore di Maurizio Bufalini.

Ricorrendo quest'anno il cinquantesimo anniversario della morte di Maurizio Bufalini, il grande medico filosofo fondatore della Medicina moderna, Cesena vuole onorare con degne onoranze e con un Congresso scientifico il grande suo figlio.

Al Congresso, che si terrà nel pomeriggio di domenica 21 dicembre p. v., possono essere fatte comunicazioni su qualsiasi branca della medicina e chirurgia. Particolarmente graditi saranno lavori riguardanti la vita e le opere del Bufalini stesso, lavori che potranno essere presentati anche da letterati e filosofi.

I titoli delle comunicazioni dovranno essere inviati non più tardi del mese di novembre al dott. G. Artusi - Cesena. Allo stesso indirizzo devono inviarsi i lavori di coloro che non potessero intervenire personalmente al Congresso, avvertendo di unire sempre un breve riassunto della comunicazione stessa.

Il comitato per le onoranze invita, a mezzo del presente comunicato, medici, filosofi, letterati, società, accademie scientifiche, atenei, a voler onorare il Galilei della medicina partecipando al Congresso.

L'istituzione di un premio "G. Banti" per i lavori di anatomia fisica.

La segreteria della R. Università degli studi, comunica che per iniziativa del prof. Silvio Desey, antico allievo dela Scuola medico-chirurgica di Firenze ed ora direttore dell'Istituto di biologia argentino, e col concorso di questo istituto, del suo direttore, dei professori della Facoltà di medicina di Buenos Aires, dei medici dell'Ospedale italiano di Buenos Aires, alcuni dei quali ex allievi della Facoltà fiorentina, è stata raccolta e consegnata alla R. Università di Firenze la somma di lire cinquantamila con l'interesse della quale sarà istituito un premio intitolato a Guido Banti da conferire periodicamente ai migliori lavori originali italiani di anatomia fisica.

Scuola di perfezionamento per specialisti in clinica pediatrica (Bologna).

I corsi hanno la durata di due anni, dopo i quali, previo esame e presentazione di una memoria originale sull'argomento attinente o connesso con la disciplina, verrà rilasciato un diploma di specialista in pediatria da valere a tutti gli effetti di legge.

Le materie d'insegnamento sono: Clinica ped. med. (C. Francioni); id. chir. (B. Nigrisoli); Clin. ortopedica (V. Putti); Terapia generale e puericultura (G. Viola, I. Novi, C. Francioni); Clin. otorinolaring. (P. Caliceti); Odontoiatria (A. Beretta).

Esonero di un anno di corso per quei laureati che dimostrino sufficiente preparazione o eccezionale maturità per l'esercizio professionale, comprovate con documenti e titoli di studio.

Tasse primo anno: immatric. L. 300; iscrizione L. 600, laboratorio L. 500. Secondo anno: iscrizione L. 800; esame L. 75, laboratorio L. 500, esame L. 300.

Inizio nell'anno accademico 1925-26.

Borse di studio ad orfani dei medici morti in guerra.

Nella terza riunione del Comitato di assistenza degli orfani dei medici morti in guerra, presieduta dal generale medico F. della Valle, e composto dal sen. Simonetta, prof. Gallenga, generale medico di C. R. I. Baduel, generale medico di marina Repetti, prof. Silvagni, prof. Ilvento, prof. Santamaria, dott. Fatichi e dott. Bocchetti, segretario generale, sono stati concessi altri 3 posti gratuiti all'Istituto Orfani di Perugia e 14 borse di studio per l'assistenza in famiglia. In tutto ben 45 orfani dei medici sono assistiti in modo continuativo dal Comitato fino al compimento degli studi superiori.

Ecco l'elenco degli ultimi beneficiati:

Posti gratuiti all'Istituto di Perugia. — Finotti Antonio, da Rovigo; Di Baja Gaetano, da Napoli; Izzo Raffaele, da Arzano (Napoli).

Assistenza in famiglia con borse da lire mille. — Zanoletti Antonio, Pacileo Nicola, Zeppa Isidoro, Arcangeli Alfredo, Pacileo Gorizio, Izzo Macrina, Di Baja Calliope, Zeppa Maria Pia, Di Benedetto Grazia, Di Benedetto Vincenza, Conte Flora, Conte Marta, Lo Medico Maddalena, Lo Medico Maria Grazia.

Per tutte le informazioni rivolgersi alla sede della Segreteria generale assistenza orfani dei medici morti in guerra, Anzio (Roma).

Mostra internazionale biennale d'igiene e sanità.

L'on. R. Commissario del Comune di Roma, sen. Filippo Cremonesi, con recente provvedimento ha deliberato l'istituzione di una Mostra Internazionale Biennale di Igiene e Sanità che costituirà una proficua palestra di nobili iniziative e feconde energie fra le varie Nazioni e le singole regioni d'Italia.

Ogni due anni la Mostra verrà indirizzata ad una branca delle discipline igieniche e sanitarie, a dimostrazione delle attività svoltesi nei singoli campi della Medicina sociale e dei perfezionamenti ottenuti nei vari ordinamenti e sistemi e nella relativa produzione; all'azione di stimolo ed emulazione fra le Nazioni, i Comuni, gli Enti e gli Istituti si aggiungerà in tal modo quella più salutare e proficua della propaganda mercè la divulgazione ed illustrazione dei mezzi di profilassi e difesa per le popolazioni, le quali hanno il dovere di conoscere quanto si compie da ogni Paese per la tutela della pubblica salute.

Un Sanatorio antitubercolare nell'Alto Adige.

In una riunione a Palazzo Viminale a cui presero parte il Ministro dell'Interno on. Federzoni, il Ministro dei Lavori Pubblici on. Giuriati e il Sottosegretario delle Finanze on. D'Alessio insieme con la Commissione dei rappresentanti delle provincie e dei consorzi antitubercolari di Trento, Treviso e Venezia, si discusse sulla istituzione e nella gestione di un sanatorio regionale a Plancios sopra Bressanone.

L'on. Federzoni espresse il suo compiacimento per la iniziativa delle Provincie Venete, unitesi a Venezia per concorrere col Governo nell'opera di ricostruzione nazionale, promettendo tutto il suo appoggio per il felice risultato di questa affermazione di solidarietà da parte degli Enti locali nella lotta contro la tubercolosi.

Nella riunione si riconobbe la necessità di affrettare le pratiche perchè l'unione delle Provincie Venete possa al più presto avere la libera disponibilità del tenimento di Plancios.

All'uopo il Ministero dell'Interno invierà sul posto un ispettore generale, munito dei poteri necessari anche da parte dell'Amministrazione finanziaria.

All'Associazione Medica Britannica.

Come annunziamo a suo tempo, l'Associazione Medica Britannica tenne la sua adunanza annuale a Bath, nella seconda metà di luglio. Vi furono fatte relazioni e comunicazioni importanti, che hanno occupato parecchie numeri del « British Med. Journ. », organo dell'Associazione.

Alla presidenza per il 1926-27 è nominato Robert George Hograth.

Dal resoconto del tesoriere, risulta che le spese raggiunsero nell'ultimo esercizio la cospicua somma di 113,000 sterline, ossia circa 15 milioni di lire it.: il massimo finora toccato; vi ebbe un avanzo di 5000 sterline.

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 9 Novembre 1925 — Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

La sanocrisina nella cura della tubercolosi polmonare.

Prof. CARLO BENEDETTI
Medico primario Profilassi Antitubercolare (Comune di Roma).

Nel novembre del decorso 1924 Holger Mollgaard, professore di fisiologia a Copenaghen annunziò che era riuscito a trovare una sostanza che egli denominò *sanocrisina*, dotata di elevato potere terapeutico sugli animali malati di tubercolosi polmonare; in seguito a questa scoperta Secher, Wurtzen, Gravesen, Permin, Standgaard e Faber, clinici di alto valore, applicando il rimedio a cura della tubercolosi polmonare nell'uomo, confermarono le conclusioni sperimentali di Mollgaard, affermando che questo preparato poteva riuscire efficace nel trattamento della suddetta malattia. Data l'importanza scientifica delle personalità che annunziarono questi risultati, la serietà con cui erano stati condotti gli esperimenti di laboratorio e le prove cliniche, tutto il mondo medico. nella speranza di potere essere veramente sulla desiderata strada della conquista di un vero rimedio curativo per la tubercolosi polmonare, non esitò ad inviare medici specializzati da tutti i paesi per studiare da vicino la scoperta annunziata, e per riferire sull'importanza reale della medesima.

La nostra Direzione Generale di Sanità volle dare questo incarico a me, dovendomi recare all'Estero per studi riguardanti la profilassi antitubercolare.

Andato a Copenaghen ebbi l'onore di essere ricevuto dal prof. Mollgaard il quale, oltre ad offrirmi le sue più recenti pubblicazioni in proposito, mi intrattenne nel suo Istituto in una lunga narrazione dei risultati dei suoi studi. Successivamente il dottor Secher del Dispebjerg Hospital, uno dei clinici danesi che per primo volle applicare la cura sanocrisinica nell'uomo, mi fece una lunga e documentata esposizione di casi clinici, con relativa dimostrazione di molti malati in cura. Il prof. Bang del Kommuneospital e il dottor Frandzel sostituto del prof. Faber, assente da Copenaghen, nel Rigsospitalet, mi espressero il loro giudizio sulla efficacia chemioterapica della sanocrisina, offrendomi il modo di fare constatazioni cliniche in numero notevole di casi. Oltre a ciò durante il mio

viaggio cercai di raccogliere le più precise notizie riguardanti il parere che si erano in proposito formati i vari clinici, che ebbi occasione di avvicinare a Parigi, a Londra, a Bruxelles, a Berlino. Credo per le constatazioni personali, che ebbi l'opportunità di fare, sia sperimentali, che cliniche, e per le notizie raccolte poter permettermi di manifestare il mio convincimento sull'importanza attuale curativa della sanocrisina.

Già R. Koch nel 1885 aveva dimostrato che i preparati d'oro hanno un'azione deleteria sui bacilli della tubercolosi, e vari furono i tentativi di cura senza alcun risultato. Nel 1917 Feldt e Spiess avevano ottenuto un composto d'oro chiamato *Krjsolgan*, consigliato nella cura delle varie forme della tubercolosi, che viene applicato anche presentemente in Germania (come appresi dal Medico capo del Dispensario Antitubercolare dell'Ospedale Virchow a Berlino) con risultati incerti, o meglio, per me negativi.

Mollgaard ricercò ed ottenne un composto d'oro, detto sanocrisina, capace di un'azione chemioterapica atta a conseguire, secondo la teoria di Ehrlich, la cosidetta terapia « sterilisans magna » contro la tubercolosi.

Vediamo ora che cosa sia questo composto, e quali siano le sue proprietà cliniche e farmacologiche.

La sanocrisina è il sale di sodio dell'acido aureothiosolforico, composto chimicamente stabile, ottenuto allo stato puro, che si presenta cristallizzato in finissimi aghi, di colore giallastro, solubile in acqua, insolubile in alcool ed etere, non igroscopico, si decompone bruscamente a 120° gradi, le sue soluzioni acquose sono pressochè neutre, gli acidi minerali diluiti sono senza azione su di esso a temperatura ordinaria, non precipita le sostanze proteiche.

Ricerche batteriologiche eseguite dallo stesso Mollgaard hanno dimostrato che i bacilli della tubercolosi di diversi stipiti, umano e bovino, subiscono in culture su terreni differenti impedimento al loro sviluppo con l'aggiunta di soluzioni di sanocrisina, in gradi di concentrazione diversi da 1:25 a 1:100,000; il potere battericida della sanocrisina nelle culture si manifesta in grado molto variabile, dipendente in parte dalle qualità dello stipite in parte dal terreno, da cui il bacillo è prelevato. L'effetto della sostanza in vitro non corrisponde al grado del potere chemioterapico, che si svolge nell'organismo, che è in misura senza confronto maggiore.

Mollgaard inoltre volle studiare i differenti effetti della sanocrisina sugli animali sani e sugli animali tubercolotici.

In vitelli sani la dose da 1 a 6 centig. per chilo di peso del corpo non determina alcuna reazione; nè modificazione della curva termica, nè alterazioni ematologiche, nè lesioni renali, nè modificazioni sul peso, nè disturbi gastrointestinali, tutto al più una fugace e lieve albuminuria.

Nell'animale tubercolotico invece si verifica una brusca elevazione di temperatura fino circa a 40° che cala per lisi dopo due o tre giorni, anorresia, nausea, vomito, diarrea, talvolta emorragica albuminuria per lo più costante.

In certi casi, specie quando le iniezioni sono troppo ravvicinate, si hanno disturbi gravi, intensa albuminuria, caduta brusca della febbre, fenomeni di collasso cardiaco, uno stato di choc, che è per lo più mortale.

Questa sindrome, che è analoga a quella che si ha iniettando bacilli morti nel sangue di animali malati, rappresenta la comune sindrome di una reazione tubercolinica; si noti però che non va confusa l'azione della sanocrisina con quella della tubercolina, poichè la prima oltre l'azione immunizzante della tubercolina, mira alla distruzione dei bacilli.

I fenomeni reattivi vanno riportati all'azione di batteriolisi della sanocrisina che esplica appunto sui bacilli della tubercolosi.

Il trattamento della sanocrisina rappresenta un tentativo chemioterapico nel senso di Ehrlich e Mongeurht, cioè introduzione nell'organismo infetto di una sostanza avente una diretta influenza dannosa sul parassita morbigeno, lungi dal luogo di introduzione per una affinità specifica che ha con esso parassita.

Le manifestazioni di affinità specifica nell'organismo, come avviene nella chemioterapia per gli spirilli, dipendono in gran parte dalle qualità costituzionali del tessuto vivente dell'organismo infettato. Si è detto infatti che l'azione dannosa che il bacillo risente dalla sanocrisina è in questi casi molto più forte che in vitro, fuori cioè dell'organismo malato.

Uguale comportamento si ha per il salvarsan, che esplica la sua azione chemioterapica contro gli spirilli, se iniettato nell'organismo malato.

L'influenza delle condizioni particolari della costituzione fisico-chimica del tessuto, che subordina e regola l'azione chemioterapica della sostanza contro il parassita, come se dalla reazione di tessuto per l'azione dell'elemento chemioterapico sorgesse l'elemento specifico che uccide il parassita, è dimostrato anche dal fatto che in certe localizzazioni (granuloma tubercolare del ginocchio ad esempio) il risultato clinico e anatomopatologico chemioterapico è quasi nullo.

Quindi l'effetto chemioterapico anche nel caso della sanocrisina, come per il salvarsan, è la risultante dell'azione parassitropica e organotropica (indici chemioterapici).

L'azione parassitropica si esplica con l'uccisione dei bacilli e la liberazione rapida in circolo di tutti i prodotti tossici derivanti dalla morte bacillare (sterilisatio magna) donde « l'ictus immunissatorius » di Ehrlich. Se l'antigene non è molto tossico, o viene ad essere immesso nel sangue nella dovuta quantità, e la capacità dell'organismo ad elaborare anticorpi è sufficiente, l'iniezione della sanocrisina produce una reazione tubercolinica, che si risolve facilmente senza danno del malato; se invece lo stato tossiemico tubercolinico è troppo forte, e non arginabile dalla elaborazione antitossica organica, si hanno gravi manifestazioni reattive, che producono lo choc e la morte, se non si interviene con mezzi capaci di attenuare artificialmente la grave tossiemia. Questo è il meccanismo chemioterapico, con il quale la sanocrisina esplicherebbe la così detta sterilizzazione dei bacilli tubercolari.

Vediamo ora se la sanocrisina risponde per la sua costituzione chimica alle condizioni dovute, perchè possa esplicare questa azione chemioterapica.

Nella sanocrisina, come complesso chimicamente *stabile*, è mantenuta la concentrazione di ioni metallici, che toglie al metallo l'effetto tossico sull'organismo esercitato dalla carica positiva ionometallica. Inoltre il detto composto per questa stabilità può essere eliminato dall'organismo inalterato per quella parte che non entra in combinazione col parassita, e se anche si decompone (e ciò dopo più giorni da quattro a otto può anche accadere), nella decomposizione non avviene la liberazione di ioni metallici o di altri corpi velenosi per l'organismo. Vi è però chi in contrario sostiene che il composto metallico per sè stesso può accusare fenomeni tossici (intossicazione metallica).

Inoltre a dimostrare l'effetto battericida la sanocrisina data la sua specifica affinità con il bacillo di Koch, è in grado per la sua *diffusibilità* di superare la resistenza di permeabilità, dovuta al rivestimento lipoide del bacillo, e allo stato di avascolarizzazione e calcificazione dei tessuti tubercolari, e di penetrare nel corpo batterico dissolvendolo, dove reazioni microchimiche mettono in evidenza tracce di oro.

Mollgaard, secondo le teorie di Ehrlich ritiene anche per recenti sue investigazioni, dimostrato che gli ioni caricati negativamente passano molto più rapidamente attraverso le membrane animali, che caricati positivamente; ora l'idea fondamentale nella chemioterapia sanocrisinica è di « inserire un metallo pesante in un composto stabile, i cui ioni siano rapidamente penetranti nel corpo bacillare, e rimanere senza nuocere appunto per la sua stabilità chimica nell'organismo per un tempo relativamente lungo.

Da quanto è stato detto Mollgaard conclude col ritenere dimostrato come la sanocrisina per le sue qualità chimiche e per le sue affinità specifiche verso il bacillo, sia la sostanza atta ad esplicare la sterilizzazione nell'organismo malato di tubercolosi polmonare dei bacilli infettanti, e per questa sua proprietà corrispondere nella chemioterapia antitubercolare.

Questa sua convinzione è il risultato di quanto ha potuto constatare con la lunga serie di ricerche sperimentali eseguite, riguardanti i tentativi di cura dei vitelli tubercolotici.

Infatti secondo il Mollgaard il trattamento sanocrisinico negli animali malati produrrebbe effetti indiscutibilmente utili e, anche nei casi gravi, per lo meno soste cliniche con l'arresto dell'attività dei focolai, anche quando, come talvolta può succedere, la vera guarigione clinica con l'annientamento di tutti i bacilli esistenti nell'organismo del malato, come sarebbe sperabile, non riesce possibile.

Resta però sempre il pericolo di intense reazioni tubercoliniche, capaci a produrre *choc* talvolta mortale.

Ora poichè ad ovviare a questo grave inconveniente non basta la riduzione della dose, è necessario avere una sostanza curativa a tempo opportuno, che neutralizzi la eccessiva tossiemia, tenendo conto che lo choc è annunziato dall'albuminuria, a cui segue la brusca caduta della temperatura febbrile che si ha per la normale reazione sanocrisinica.

Madsen pensò di immunizzare cavalli e vitelli con bacilli tubercolari morti o avirulenti, e di servirsi del siero di questi animali antitossico per scongiurare gli effetti dello choc o prevenirlo. I risultati secondo Madsen e Mollgaard sono soddisfacenti tanto da sentirsi autorizzati a ritenere che il rimedio o il mezzo preventivo per gli choc da sanocrisina, sia appunto il siero antitossico da loro preparato.

Come si elimina la sanocrisina.

Franzel dimostrò che l'oro in parte si elimina nelle urine ed in piccola quantità nelle feci, alcune volte anche nello espettorato: la eliminazione comincia presto anche per il primo giorno dopo la iniezione, ma continua per tutta la settimana e talvolta parecchie settimane, ciò che prova la lunga persistenza del preparato nell'organismo.

Dopo la scoperta a cui Mollgaard è giunto con esaurienti dimostrazioni sperimentali impressionanti per la serietà e la sincerità anche negli insuccessi ed il rigore critico con cui erano stati

condotti, non si esitò nell'applicazione del rimedio nella tubercolosi polmonare umana.

Qual'è la tecnica che si usa nella cura?

Nell'ampolla che contiene il medicamento si introduce con una siringa della capacità di 10-20 cmc., quella certa quantità di acqua recentemente distillata e sterilizzata tanto da riuscire a disciorglierlo, per poi aspirarlo nella siringa; vi si aspira successivamente tanto di acqua distillata e sterilizzata quanto occorra per portare la soluzione a 5 % circa.

Si pratica l'iniezione endovenosa di questo liquido nella piega del gomito: l'iniezione va praticata lentamente con le cautele ordinarie fissate anche nella cura del salvarsan.

Bisogna assicurarsi che il liquido sia immerso nella vena e che non vada ad imbevere il tessuto sottocutaneo per evitare dolore, che passa ben presto del resto con impacchi caldi: è eccezionalmente raro che insorgano reazioni flogistiche e necrotiche.

La soluzione di sanocrisina può anche essere iniettata per via intramuscolare in concentrazione del 3 %; ma riesce dolorosa e meno efficace: non si deve mai ricorrere alla via sottocutanea perchè è facile avere fatti flemmosi e necrosi.

Subito dopo l'iniezione il malato prova un malessere con arrossamento della faccia con senso di caldo, avverte nausee, anorresia, vomito, anche digiuno, ma trattasi di sensazioni di corta durata.

Dopo due o tre ore talvolta più tardi in genere dall'iniezione insorge la vera sindrome di reazione che si inizia con l'aumento della temperatura.

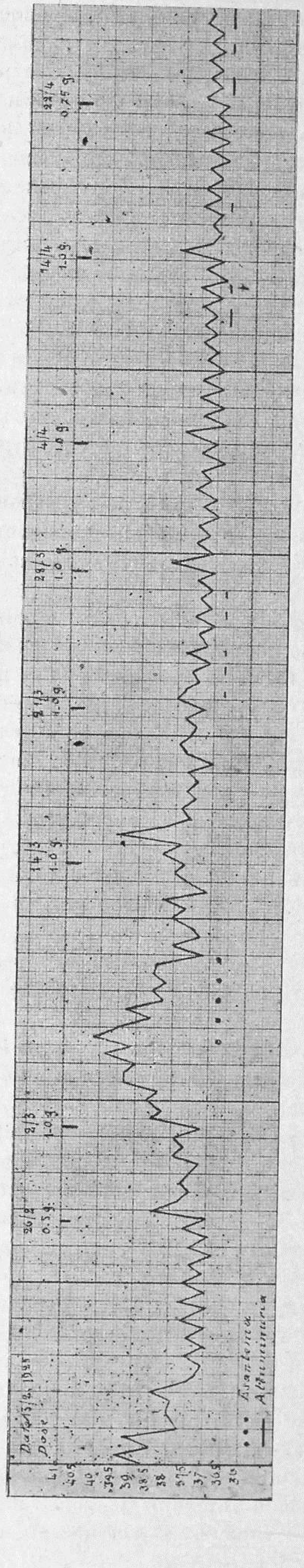
In genere la curva ha un andamento tipico: si ha un'ascenzione piuttosto brusca a 39°-40° con caduta per lisi, e ciò si svolge nello spazio di 5, 6, 7 giorni, come si vede nella grafica qui contro esposta.

Detta tipicità non si verifica sempre e non sono rare le grafiche febbrili atipiche.

L'insorgenza della febbre come sopra si ha per la prima o meglio per la seconda iniezione, poichè per le successive la febbre va rendendosi meno alta e di più breve durata, fino a non più manifestarsi.

Questo comportamento febbrile dal Cummius viene interpretato come dovuto a mancanza di materiale tubercolinico, essendo i bacilli diventati di scarso numero per l'azione batteriolitica vasta, esplicata dalla sanocrisina nelle prime iniezioni.

Al primo attacco febbrile può comparire un lieve e fugace *esantema*, che ricorda l'eruzione mor-



billosa, e che può di rado generalizzarsi sotto forma scarlattiniforme, che poi desquama.

Nelle iniezioni successive in genere non si ha esantema e se appare, è lievissimo.

È frequente il comparire dell'*albuminuria*, forse febbrile, nella sindrome di reazione della prima o seconda iniezione, ma lieve e di breve durata.

Di regola avviene diminuzione di peso notevole anche di cinque, dieci chilogrammi, che si ripara prontamente, quando il malato comincia a migliorare.

Le iniezioni vanno ripetute ogni due o tre giorni o più a seconda dei casi: non si deve praticare iniezione successiva, se non è cessata la reazione della precedente. Occorrono 7, 9 iniezioni per la cura, dopo di che va sospesa per riprenderla, se è il caso, dopo un periodo di tempo più o meno lungo, sempre dopo due mesi.

La quantità di sanocrisina iniettabile è di otto o dieci grammi in genere.

Per le *dosi* Secher inietta le dosi ordinarie che sono di 0.50 gr., nella prima, e di 1 gr. nelle successive, negli adulti.

Ho visto dal dottor Secher applicare in una bambina di otto anni per una adenopatia tracheobronchiale subfebbrile la sanocrisina nella dose di 0.25 gr. nella prima iniezione, dopo tre giorni 0.35 e 0.30 nelle successive.

Permin, Boganzon (Sanatorio di Sollerod) ed altri sono d'avviso che specie nei casi gravi si debbono usare dosi leggere, progressivamente crescenti, cioè da cinque, dieci centgr. aumentando di 5-10 centgr. fino a raggiungere le dosi di 0.5-1 gr.

Per le dosi fino a 20-30 centig. bastano intervalli di due giorni mentre in genere si consigliano intervalli più lunghi per le dosi più alte.

Le piccole dosi, se fanno impiegare più tempo nell'applicazione, abbreviano gli intervalli, perchè evitano gli arresti nella cura per eccessive e pericolose reazioni.

Viceversa Secher ritiene che le piccole dosi non abbiano valore chemioterapico e che debbono essere applicate le dosi alte, fidando nel siero antitossico nel caso di choc.

Vi è anche chi ritiene che le piccole dosi possono anzi riattivare il processo tubercolare.

La dose può variare caso per caso ed occorre avere molta prudenza nei casi febbrili ed elevare progressivamente la dose fino alle quantità ordinarie.

Faber consiglia comportarsi nel seguente modo:

1) nei casi afebbrili o subfebbrili cominciare con 0.5 gr., dopo tre giorni 1 gr. e, se non c'è reazione forte o trascorsa la medesima, un grammo per settimana; nelle donne di piccola statura la dose non deve sorpassare 0.75 gr.;

2) nei casi febbrili si comincia con 0.5 gr. e si continua con 0.5, diminuendo l'intervallo di 1 o 2 giorni;

3) nei casi acuti molto febbrili 0.10-0.20 gr. ed elevare più lentamente se è ben tollerata la dose. Qualche autore consiglia generalizzare questo metodo anche nei casi afebbrili.

Quali sono e come si manifestano gli effetti terapeutici riscontrati in seguito a trattamento?

Subbiettivamente i malati avvertono miglioramento dello stato generale, scomparsa non di rado dello stato febbrile, della debolezza generale, dell'astenia, con rapido e forte aumento di peso passato il tempo della reazione.

Obbiettivamente si notano modificazioni stetoscopiche con scomparsa di rantoli umidi, che vengono sostituiti in modo non costante e variabile da rantoli secchi e scarsi, che per lo più persistono per lungo tempo, donde l'espettorato, che sui primi giorni può anche aumentare quale reazione di focolaio, diventa poi scarso.

Tra i malati, che ebbi l'occasione di esaminare trattati con la sanocrisina nel Rigsospitalit e nel Dispebjerg Hospital presentavano reperti ascoltatori realmente corrispondenti al giudizio dato.

I *bacilli* di Koch in generale diminuiscono o scompaiono anche alle ricerche più complete, talvolta riappaiono sia pure in numero scarso.

Importanti sembrano i *risultati radiologici*.

Disgraziatamente scarsa è la conoscenza che abbiamo sulle modificazioni radiologiche in casi di tubercolosi polmonare curati con trattamenti vari, o lasciati a loro stessi, per modo che non è possibile valorizzare esattamente le modificazioni radiologiche constatate nei casi sottoposti al trattamento sanocrisinico.

È certo, e ciò è risultato anche dalla mia osservazione, che le radiografie dei malati di tubercolosi polmonare curati con la sanocrisina, presentano di regola un rischiaramento sensibile dei campi polmonari con dimostrazione di neoformazione connettivale. Queste modificazioni avvengono in un tempo relativamente breve. Le ombre patologiche diventano meno dense, si riducono e scompaiono in certi casi; risultano limitate da formazioni di tessuto connettivo che tende a retrarsi.

Ombre recenti peribronchitiche diminuiscono fortemente o scompaiono, così pure le ombre anulari di difficile e incerta interpretazione.

Queste modificazioni si vedono in genere nei casi di tubercolosi polmonare recente essudativa; sono meno evidenti nei casi di forme preva-

lentemente proliferative, e nelle croniche con fibrosi.

L'osservazione radiologica nelle caverne è pure importante, perchè in genere il tessuto circostante si rischiara ed aumenta di spessore e di intensità l'anello scuro che limita lo spazio chiaro, il che dimostra l'evoluzione attiva del processo sclerotico.

Sembrerebbe che la sanocrisina esplicasse una rapida azione fibrificante sul tessuto tubercolare del polmone.

Tra le modificazioni cliniche, quelle che mi hanno impressionato a preferenza, sono appunto queste radiologiche, che se meglio dimostrate in dipendenza dell'azione della sanocrisina avrebbero un grande valore.

Gli *inconvenienti e danni* che possono derivare dalla cura vanno attribuiti all'eccessiva tossiemia tubercolinica per la batteriolosi esplicata dalla sanocrisina. Si discute come si è detto se il preparato per sè stesso accumulandosi nell'organismo possa per azione tossica metallica aggravare lo stato clinico, e ciò contro le dimostrazioni teoriche e le esperienze del laboratorio del Mollgaard.

In certi casi si può avere una reazione febbrile molto forte fino ad una *iperpiressia* (42°) con dispnea, cianosi, ittero, melena, e morte.

Pericolo più importante è rapppresentato dalle *complicazioni renali.*

Può comparire, sia pure di rado, un'intensa albuminuria con cilindruria (cilindri granulosi) fin dalle prime iniezioni, albuminuria da non confondersi con quella lieve e fugace della reazione ordinaria.

Altre volte questa albuminuria si presenta con lesioni renali tardivamente, ed è in genere per lo più di lunga durata.

Il siero antitossico può essere utile secondo Mollgaard nella albuminuria precoce, nella tardiva riesce dannosa; s'intende in questi casi la cura va sospesa.

La *perdita del peso* diventa preoccupante, quando raggiunge un grado elevato (10-15 kg.); spesso in casi di riacutizzazione di processo: in genere però anche con notevole diminuzione di peso le lesioni migliorano.

L'esantema che di solito è passeggero può diventare grave, sotto forma di dermite desquamativa, estesa e dolorosa. Secher mi ha mostrato la fotografia di un caso molto grave, risoluto in guarigione; il solo caso che egli abbia riscontrato nella sua estesa pratica.

I dolori articolari, che si accompagnano alla febbre con gonfiori articolari più o meno forti, sono pure rari e non di grande importanza (febbre reumatismale).

Tra i pericoli quello che più è da temersi è lo *choc*: malessere, pallore, albuminuria, abbassamento brusco della curva termica da 39° a 40°, a 37° e meno, polso molle, rapido, aritmico, suoni del cuore sordi e impuri, collasso cardiaco e anche morte. Appare come uno choc anafilattico.

È facile averlo nelle forme polmonari, molto febbrili e tossiemiche e con le dosi troppo forti e ravvicinate.

Mollgaard, Madsen ritengono che il siero antitossico applicato per via endovenosa (20-30 gr.) combatte efficacemente lo choc avendo azione curativa e preventiva (1 o 2 giorni prima): i casi di morte possono verificarsi, come i clinici danesi nella loro sincerità affermano, anche quando vi era stato un trattamento preventivo del siero (Permin). Certo che questo siero, che ha un potere antitossico maggiore in quello ottenuto dai cavalli, che dai vitelli non è sempre bene tollerato, ed occorre una grande cautela nella sua applicazione. Non va dimenticato a questo riguardo che i sintomi premunitori dello choc sono la comparsa della albuminuria piuttosto intensa ed il brusco abbassarsi della temperatura.

In quali casi la sanocrisina è indicata?

La scelta dei casi per trattamento efficace della sanocrisina offre delle difficoltà ed è argomento di viva discussione.

La difficoltà di scelta è anche dipendente dal fatto che la tubercolosi nell'uomo non è una semplice malattia infettiva ad andamento monotono, il cui processo biopatologico risponde in modo unitario ad un trattamento, solo perchè il suo principio etiologico costituisce un'unità ben definita; svariati elementi costituzionali e di disposizione organica, di rapporti fra forze difensive specifiche ed aspecifiche rendono la tubercolosi polmonare una malattia polimorfa in tutto il suo complesso diagnostico e prognostico.

Le idee prevalenti fanno in genere ritenere che il trattamento della sanocrisina nei casi gravi, fortemente febbrili a decorso acuto (polmonite caseosa) con stato generale scadente, cuore debole, non sia da consigliarsi, perchè gli insuccessi sono la regola, e non è improbabile che lo choc sanocrisinico acceleri la morte del malato. In questi casi può essere solo tentato, quale ultima *ratio* o per volontà assoluta del malato.

Permin, Faber ed altri si accordano in questo che i casi per i quali la indicazione della cura per gli effetti benefici che può arrecare, è indiscutibile, sono quelli di tubercolosi polmonare essudativa di recente manifestazione (non oltre un anno) poco estesi, non troppo progressivi, poco febbrili, a resistenza organica per lo meno discreta; mentre riesce poco efficace nelle forme produttive e nelle forme fibrose.

Può consigliarsi anche in forme polmonari estese ad andamento cronico ed in certe tisi fibrose apirettiche, ma l'effetto è incerto.

Negativo o dannoso è il risultato della cura nelle forme di tubercolosi extra polmonare.

Malgrado ciò, Secher mi ha presentato casi di pleurite essudativa e adenopatia tracheobronchiale subfebbrile curati con la sanocrisina e con buon risultato.

Pur accettando i risultati del Secher, potrebbe obbiettarsi che una pleurite tubercolare, anche non lieve, dopo qualche mese di cura ordinaria senza la sanocrisina possa migliorare in modo notevole con la scomparsa quasi della febbre ed il riassorbimento del liquido: altrettanto dicasi della possibilità, con una semplice cura di aria, di riposo, ecc., di vedere attenuate le manifestazioni cliniche delle adenopatie tracheobronchiali e febbrili.

Il dottor H. Ulrici direttore del Sanatorio Civile di Sommerfel Osthavelland mi dimostrò un caso di artosinovite fungosa del ginocchio curata con la sanocrisina, mentre non la consiglia ancora per le forme polmonari.

Nelle forme chirurgiche e nella tubercolosi miliare non è consigliabile.

Malgrado l'incertezza della scelta dei casi dunque può dirsi che la sanocrisina si è dimostrata utile in casi di tubercolosi polmonare essudativa recente a scarsa tossiemia.

Le *controindicazioni* sono date, oltre che dalla gravità del processo polmonare a temperature molto elevate ed oscillanti, dalla debolezza cardiaca con sudori profusi, ecc., la resistenza cardiaca deve essere sopratutto valutata, le diarree profuse, le enteriti emorragiche, le lesioni renali sono altre cause di controindicazione.

Quanto alla *durevolezza* dei risultati, nei casi in cui questi possono essere dimostrati, è da ritenersi che troppo breve è il tempo trascorso da quando questa cura è stata iniziata da poter rispondere con serenità ed esattezza in proposito.

L'esperienza clinica deve ammaestrarci ancora; vi sono dei fatti che ci autorizzano a sperare (modificazioni radiologiche ad es.). È certo che i migliori risultati si hanno quando alla cura della sanocrisina seguono cure generali, tipo sanatoriale, che servono a consolidare gli effetti benefici conseguiti.

Da tutto l'insieme dei risultati e studi eseguiti dagli scienziati danesi, dalle osservazioni e commenti di clinici stranieri che hanno studiato la questione, applicando o no il rimedio, e alle mie personali osservazioni cliniche fatte su malati e su reperti, come sopra ebbi occasione di dire, mi pare che si possa venire ad una conclusione non del tutto entusiastica, nè assolutamente pessimistica.

Penso che questo rimedio che è efficace nella cura della tubercolosi sugli animali, può solo (almeno per ora) in un numero molto limitato di forme tubercolari polmonari essere applicato sull'uomo, e con risultati vantaggiosi, forse più pronti di quanto è dato ottenere con altri mezzi di cura.

La casistica deve essere di molto accresciuta; i risultati che con notevole sincerità sono stati finora esposti nella loro vera entità non sono decisivi; ancora il rimedio non è stato esaurientemente studiato dal punto di vista clinico: nell'Ospedale di Laennec a Parigi seppi che era stato applicato in pochi casi, ma con risultati non molto soddisfacenti ed incerti, così pure constatai in Inghilterra, in Germania; nel Belgio detto trattamento non era stato fino ad un mese fa ancora esperimentato.

Ritengo che ci troviamo allo stato di tentativo, (certamente serio), che ha la sua base sperimentale, ma che occorre una lunga esperienza clinica prima di poter giudicare se la sanocrisina sia un rimedio che curi e guarisca realmente la tubercolosi.

BIBLIOGRAFIA.

(1) *Die Behandlung der Tuberkulose mit Sanocrjsin und Serum.* Verteilungsstelle für Deutschland Simon's Apoteche, Berlin C2.

(2) Acta tuberculosea scandinavica. *Traitement de la phthisie pulmonaire par la Sanocrjsine* par KNUD FABER. Copnehague. Estr. de Vol. I, fasc. I.

(3) Acta tuberculosa scandinavica. *Quelques expériences du traitement de Sanocrjsine dan des cas graves de tuberculose pulmonaire* par G. E. PERMIN. Copenhague. Estr. de Vol. 1, fasc. 2.

(4) *On Measuring of Antitubercle Serum for the Sanocrjsin treatment...* D. Th. Madsen, Copenhagen. Printend by Ilsen e Lydiche, 1925.

(5) *Mollgaards chemioterapie der tuberkulose* von Dr. D. ULRICI. Sommerfeld, Sonderdruck aus klinische Wochenschrift, 4 Gahrg., n. 19, Berlin.

(6) *Treatment of Phthisis with Sanocrjsin*, B. H. FABER, Copenhagen, The Lancet, n. 5315, vol. CCIX, London 1925.

(7) *Transactions of the national association for the prevention of Tubercolosis* 20 Honover Square London W. I. Eleventh Annual Conference R. B. Hall, London, luglio 1925, by dott. NANNETTI (pag. 178) e dott. LJLE CUMMIUS (pag. 172).

(8) POIX G. *Traitment chémiothérapique de la Tuberculose Pulmonaire.* La Presse médicale, n. 44, juin 1925.

(9) Prof. H. MOLLGAARD, Copenhagen. *The treatment of Tuberculosis by Sanocrjsin.* II th., Annual Conference, Guly th. 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CIVICO OSPEDALE HIRSCH DI SALONICCO.

Reni cistici.

Prof dott. ENRICO SCIAKY, chirurgo primario docente di chirurgia nella R. Università di Roma.

Basandomi sulla teoria patogenetica della « malformazione congenita » comune a tutte le forme cistiche del rene; teoria sostenuta dalla maggior parte degli studiosi, riunirò in un solo capitolo la descrizione di tutte le cisti renali, eccettuandone, ben inteso, quelle echinococciche, che rientrano in un altro campo patologico.

Possiamo riscontrare in uno o nei due reni contemporaneamente, una o più, piccole o grandi cisti; talvolta tanto numerose, da costituire addirittura da esse sole, quasi tutta l'intera massa dell'organo, ed acquistare in tal caso i caratteri patologici di quella forma, altrimenti e più conosciuta per « degenerazione policistica del rene » o « rene policistico ».

Le autopsie di neonati dimostrano frequentemente nei reni, la presenza di piccolissime cisti, specie nello strato corticale, talora visibili ad occhio nudo e tal'altra solo microscopicamente. Tali cisti, anche se microscopiche, diventano spesso, col crescere dell'individuo, più evidenti per atrofia del tessuto circostante e, qualcuna o più di esse, possono, sviluppandosi, acquistare dimensioni e proporzioni talora notevolissime, come in uno dei casi capitatimi che citerò, nel quale una di esse raggiungeva il volume di una grossa testa di adulto. È evidente quindi, che si possono riscontrare, con insensibile trapasso dall'una all'altra tutte le variazioni più diverse, dalla cisti solitaria fino alla degenerazione policistica di tutto l'organo.

Mentre è assai frequente di riscontrare la presenza di piccole cisti nel rene, che passano inosservate clinicamente e permettono una vita lunga e normale del soggetto; le grandi formazioni cistiche e la degenerazione policistica invece, costituiscono una rarità clinica ed una seria infermità.

Come ne è vario il numero, la dimensione e l'ubicazione, lo è anche il loro contenuto, ora di aspetto siero-urinoso; ora chiaro come acqua oppure intorbidato; ora gelatinoso, ora ematico più o meno sporco, talvolta francamente puriforme o caseoso con incrostazioni calcaree.

Possono nel feto stesso a termine, tali degenerazioni cistiche acquistare già uno sviluppo mostruoso, e creare durante il parto una seria distocia per l'enorme volume dell'addome.

Una caratteristica particolare quasi costante dei reni policistici è la bilateralità dell'affezione; condizione questa che si oppone molto seriamente ad un intervento radicale. Però vi è spesso conservata una quantità importante di parenchima ghiandolare tale da permettere una lunga sopravvivenza, anche quando in apparenza tutta la corticale del rene è sede di trasformazione cistica. In tale caso tutto il rene è molto aumentato di volume e di peso, pur conservando grossolanamente la sua forma caratteristica, e si notano facilmente anche altre alterazioni strutturali del rene e degli annessi suoi, quali ad esempio adenomi degli strati corticali e tumori di altra natura; dilatazioni notevoli di parte o di tutto l'uretere con o senza stenosi; criptorchismo, ipospadia, ecc., nonchè analoghe degenerazioni cistiche di altri organi quali ad esempio del fegato, della milza, della tiroide, ecc.

Istologicamente la struttura della parete delle cisti è costituita da uno strato fibro-connettivo esterno più o meno sviluppato, e da uno strato interno epiteliale di cellule cubiche ed appiattite. Nelle cisti a contenuto ematico, tale strato epiteliale è meno sviluppato o addirittura sostituito da uno strato di fibrina: vi si ha poi quasi sempre però una notevole iperplasia dello strato connettivale.

Le grosse cisti renali si riscontrano specie nell'adulto e, secondo certe statistiche, più frequentemente nella donna ed a destra.

Le degenerazioni policistiche si riscontrano pure nell'adulto, fra i 30 ed i 50 anni; ma anche talora nei neonati.

Circa alla patogenesi di tutte queste degenerazioni cistiche, quasi tutti gli studiosi propugnano anche per queste, come per altre analoghe affezioni, la teoria della « malformazione congenita », ammettendo che le cisti si vengano formando per un anomalo sviluppo nell'embrione, degli epitelii glomerulari e tubulari del rene, i quali, invece di costituire, canalizzandosi, glomeruli e tubuli, confluiscono invece in formazioni epiteliali chiuse che, evolvendo, vengono a costituire le cisti, proprio come si ritiene che ciò avvenga anche in altri organi (Letulle, Forsmann, Bernier, Verliac, ecc.).

Secondo la teoria della « neoplasia adenomatosa » invece, le cisti sarebbero dovute alla proliferazione dell'epitelio canalicolare in un tumore cistico; cioè una specie di adenocistoma multiplo, come un cistoma ovarico, e si avrebbero talora anche vere e proprie proliferazioni papillari endocistiche (Marchesini, Sirleo, Severi, Hansemann, Lejars, Batrina, Malassez, ecc.).

Virchow interpretava invece il fenomeno della produzione delle cisti, colla « teoria infiammatoria » ritenendo che infiammazioni renali del pe-

riodo fetale provocassero una sclerosi intorno ai tubuli ed alle papille e generassero poi col tempo, per compressione, una retrodilatazione nei tubuli e glomeruli, donde la produzione di cisti. Avvalorarono tale ipotesi colla dimostrazione di abbondante tessuto connettivo cicatriziale nei reni policistici, Albers, Bond, Duguet, Depage, Dominici, Eriksen, Brongersmann, Forbes, Laroche, Palazzo, Westenberger ed altri, ma la maggioranza degli studiosi che ripresero in esame l'argomento obiettano loro che, lungi dal rappresentare la causa dello sviluppo delle cisti, tale tessuto connettivo rappresenta invece l'esito di un processo reattivo svoltosi solo in seguito e secondariamente allo sviluppo delle cisti, sì da diventare esso effetto anzichè causa della degenerazione cistica.

Sintomatologia. — Le degenerazioni microcistiche non provocano sintomi clinici evidenti; eccettuatine talvolta i sintomi della piccola uremia latente, inerente al grado più o meno esteso di sclerosi renale concomitante, e consistente in vaghi disturbi dispeptici con lingua secca e impatinata, funzione torpida dell'alvo, anoressia, debolezza, cachessia, parestesie e qualche lieve edema da stasi. Tali malati cadranno più spesso sotto l'osservazione del medico, che li curerà per lo più come anemici e deperiti.

Le degenerazioni cistiche più grandi, risveglieranno l'attenzione del malato e del medico, a seconda del loro volume più o meno grande, e si manifesteranno con i segni di un tumore renale più o meno mobile, a sede più o meno variabile, con una sensazione subiettiva di peso e di tensione lombo-ipocondriaca e con crisi che simulano talvolta la colica nefritica. Il dolore renale potrà accentuarsi in caso di compressione della pelvi renale, o per la presenza di calcoli che ne occludano gli sbocchi di deflusso, od anche per la possibile infezione e suppurazione di parte o di tutto il rene, ed in tal caso accompagnarsi anche di elevazioni termiche e fenomeni settici generali.

L'ematuria si avrà di rado, e mancheranno i fenomeni uremici se la lesione è localizzata ad un solo rene e l'altro funzioni bene.

L'esame chimico-microscopico delle urine potrà non rilevare nulla o quasi nulla di anormale; raramente darà qualche emazia o leucocità e tracce di albumina.

La degenerazione policistica dei neonati crea spesso distocia nel parto, per l'eccessivo sviluppo del ventre, ed in quelli che sopravvivono al parto, si manifesta con fenomeni uremici gravi.

Nell'adulto è il tumore renale che costituisce il sintomo più evidente, uni- o talora bilaterale, con fenomeni di compressione sugli organi vicini: colon ascendente o discendente, vie biliari, ecc., e vere crisi nefralgiche dolorose più o meno acute, accompagnate anche da nausee, vomito e febbre.

L'ematuria è un sintomo che si riscontra spesso, ribelle agli emostatici, ostinato a perdurare, fino a creare una fonte seria di anemizzazione del paziente, e che si manifesta anche spontaneamente quando il paziente è a riposo, coi caratteri di un'ematuria neoplastica.

La funzione renale è molto seriamente interessata quando le cisti sono numerose e più ancora nelle degenerazioni policistiche; in tal caso il paziente presenta rapidamente i caratteri clinici di un nefritico cronico.

Le urine contengono quasi sempre albumina in maggiore o minore quantità e sono per lo più abbondanti; di concentrazione e tasso ureico quasi normale specie nella fase iniziale e l'esame microscopico del sedimento non indirizza più di quello chimico ad una diagnosi.

Quando si nota una tumefazione di un rene e si procede all'esame separato delle urine dei due reni, colpirà spesso lo scarso valore funzionale del rene supposto sano che, invece di presentare un aumento di funzione vicariante si terrà spesso al di sotto del tipo normale, quando non sarà addirittura inferiore per valore a quello più palesemente affetto; ciò che spiega la facilità dei decessi per uremia, che seguono, più o meno tardivamente, le nefrectomie per tali affezioni.

L'azotemia si è mostrata spesso normale, quando anche la costante di Ambard dava già cifre tutt'altro che incoraggianti; sì che anche in queste, come in altre affezioni, la costante di Ambard si è palesata un metodo di ricerca più esatto e sensibile dell'azotemia.

Per la « diagnosi » aiuterà innanzi tutto il criterio di localizzazione al rene del tumore in questione, coi caratteri di un tumore cistico che non scompare colla pressione nè col cateterismo ureterico. La ricerca dell'eosinofilia e della reazione di Bordet-Gengoux allontanerà l'idea di una cisti idatica.

Se il tumore presenta una superficie lobata ineguale, che conserva vagamente, pur ingrandita, ancora la forma del rene, e, più ancora se si presenterà bilaterale, con una storia lunga di ematurie, crisi nefralgiche e sintomi vaghi ma ostinati di piccola uremia, sorgerà l'idea di una degenerazione policistica del rene. In tal caso il cateterismo ureterico escluderà innanzi tutto l'idronefrosi e, criterio importantissimo sarà il constatare un valore funzionale quasi analogo nelle urine dei due reni, con una concentrazione ed un tasso ureico talvolta migliore in quello che si sospettava malato.

L'indagine radiografica svelerà spesso la presenza di calcoli del rene o del bacinetto.

La pielografia aiuterà molto nella diagnosi di idronefrosi o di idrocalice, e sarà bene anzi di eseguirla sistematicamente nello studio semeiologico di ogni affezione del rene.

Coi vari tumori, la diagnosi si farà in base ai dati obiettivi della consistenza e della evoluzione del tumore; sebbene si debba aver presente come anche certi tumori maligni del rene, possano evolvere in qualche anno e con minima alterazione dello stato generale del paziente. Il reperto di cellule neoplastiche nel centrifugato delle urine, ove si presentasse, riescirebbe dimostrativo; ed aiuterà infine anche il criterio dell'età del soggetto, per quel tanto che vale. Spesso però la diagnosi di natura, si potrà fare solo all'atto operativo.

Se il tumore è di aspetto cistico, la deviazione del complemento farà supporre o escludere una cisti idatidea.

Nel dubbio se il tumore è renale o pararenale, la constatazione di un valore funzionale notevolmente ridotto di quel rene, farà propendere per la localizzazione renale.

La presenza di coaguli nelle urine e la constatazione di un tumore renale, faranno escludere la nefrite emorragica.

Colla tubercolosi del rene, la diagnosi differenziale si farà innanzi tutto colla constatazione della piuria, specialmente se le urine presentano anche reazione acida; quindi con la ricerca, coi vari metodi di arricchimento (Ellermann-Ellardsen) del bacillo di Koch nelle urine e per ultimo colla inoculazione delle urine negli animali da esperimento. Si potrà anche ricorrere alla ricerca dell'antigene nelle urine (Debrè e Paraf), metodo rapido e delicato, che vale quasi quanto l'inoculazione. L'esplorazione cistoscopica mostrerà lesioni specifiche vescicali concomitanti ai segni disurici noti; e lo studio anamnestico accurato rivelerà spesso un passato di affezioni tubercolari a carico di altri organi e l'esame obiettivo rivelerà talvolta anche lesioni tubercolari in atto specie nei polmoni o nelle ghiandole peribronchiali.

La « prognosi » relativamente benigna *quoad vitam et quoad valetudinem* nelle grosse cisti; potendo un intervento spesso limitarsi a togliere la sola cisti rispettando il resto del rene sano, ed essendo questa un'affezione per lo più unilaterale; diventa invece seriamente riservata nelle degenerazioni policistiche, specie e talora bruscamente, in seguito ad interventi chirurgici intempestivi. Potrà talvolta però anche la degenerazione policistica lasciata a sè stessa o trattata palliativamente, permettere una sopravvivenza relativamente lunga del malato, che finirà in tal caso col cadere lentamente in uno stato uremico che lo renderà meno resistente alle malattie e ne tormenterà ed abbrevierà l'esistenza.

Terapia. — Nelle degenerazioni microcistiche non si parla in alcun modo di cura anche quando la lesione capiti fortuitamente nelle mani, per un intervento occasionale che la riveli.

Nelle grandi cisti del rene dipende dai casi; se la cisti si è estrinsecata in un solo polo del rene oppure se si tratta di una o più cisti che hanno rispettato gran parte di parenchima ghiandolare, l'intervento si limiterà ad una resezione cuneiforme delle cisti, seguita da sutura del rene o da tamponamento della cavità residuale (Pousson, D'Antona, Marion). Se la maggior parte del rene sarà stata invasa entrerà in ballo l'indicazione netta della nefrectomia, specie se l'esame funzionale avrà dimostrato sano e valido l'altro rene.

Nella degenerazione policistica l'intervento chirurgico è controindicato, in linea di massima. Gioverà contro l'ematuria ed i dolori, piccole dosi giornaliere di blu di metilene (0.10 gr.) nonchè 20 a 30 gr. di gelatina somministrata nei pasti quotidiani oltre gli emostatici ordinari. Si cureranno medicalmente le crisi dolorose ed i sintomi uremici.

In caso di ematuria o di infezione si potrà prospettare l'indicazione di un intervento che si limiterà possibilmente ad una decapsulazione del rene o ad una nefrotomia, interventi entrambi di ripiego. Nel caso che la decapsulazione del rene sia impossibile, perchè non si può distaccarne la capsula aderente e degenerata, si procederà alla decorticazione o sbucciamento del rene, eseguito con le forbici che, aprendo tutte le cisti superficiali e resecandone la parete esterna per tutta l'estensione della superficie del rene, combatte spesso molto utilmente l'ematuria e le crisi dolorose.

Solo eccezionalmente, in casi di gravi emorragie o di intensa suppurazione, si procederà alla nefrectomia. Però tutte le statistiche di nefrectomie in tali casi sono disastrose, registrando una mortalità immediata e mediata elevatissime: Mikaniewsky dà 38 morti su 126 interventi, ed altri citano statistiche certo non più incoraggianti.

Avendo avuto l'occasione di operare nel mio servizio chirurgico ospedaliero, tre casi di reni policistici, dei quali uno con un'enorme cisti sierosa; visto che si tratta di affezioni piuttosto rare, stimo utile riferirne le osservazioni cliniche.

OSSERVAZIONE I. — Dassa G., di anni 52, coniugato; moglie e due figli viventi e sani; esistono parecchi casi di tubercolosi in famiglia. Soffre

da molti anni di bronchite cronica ed ha presentato bacilli di Koch negli sputi.

Da molti anni presenta ogni tanto urine albuminuriche; nel 1920 ha bruscamente un'ematuria abbastanza rilevante che passa con cure mediche. Ma da allora tali ematurie si ripetono ogni tanto e senza ragione, anche stando a riposo completo. Il p. non ha dolori di sorta nè fenomeni disurici.

Con cure mediche tali ematurie si attenuano, ma non passano mai completamente; l'infermo deperisce, ha talora lievi elevazioni termiche e, disperando in una guarigione medica, chiede al coltello chirurgico la salvezza del suo male.

Eccone l'esame obbiettivo eseguito nel decembre 1922.

Individuo alto m. 1.65; di costituzione scheletrica normale, del peso di 60 kg., dal colorito pallido, con masse muscolari ipotoniche, scarso pannicolo adiposo e qualche ghiandola linfatica cervicale.

I polmoni presentano a sinistra rantolini crepitanti apicali; lieve ipofonesi all'apice destro, qualche rantolino diffuso alle basi.

Cuore: lieve soffio sistolico alla punta; il 2° tono aortico un po' accentuato, limiti percussorii normali.

L'addome è depresso, non presenta nulla di anormale per il resto; ma nel fianco sinistro si palpa un tumore del volume circa di una testa di bambino, grossolanamente reniforme, a superficie ineguale, di consistenza dura, mobile lateralmente, ballottante, indolente, che, all'insufflazione del colon, appare nettamente posto al di dietro di esso, con i caratteri di un tumore renale.

Il rene destro si palpa un po' più grosso del normale, ma non presenta segni clinici patologici evidenti.

Nulla a carico degli altri organi addominali nè delle estremità, non edemi periferici.

L'esame delle urine totali delle 24 ore dà: cmc. 1800, densità 1015, reazione leggermente acida, colorito rosso vinoso, urea 24 gr., cloruri gr. 4.50, albumina presente, zucchero assente, indacano tracce. L'esame microscopico del centrifugato dà abbondanti emazie e qualche leucocita, rari cilindri granulosi, non bacilli di Koch all'esame col metodo di Ellardsen.

L'azotemia è 0.72 e la costante di Ambard è K = 0.14.

La cistoscopia rivela una vescica normale per aspetto e continenza (250 cmc.); lieve iperemia del trigono, meati ureterici entrambi normali.

Col cateterismo ureterico la tumefazione non si riduce e l'esame separato delle urine dà:

Rene destro: volume: 16 cmc.; aspetto: ambrino; reazione: acida; urea: 14 ‰; sedimento: scarsi leucociti urati.

Rene sinistro: volume: 12 cmc.; aspetto: ematico; reazione: acida; urea: 12 ‰; sedimento: abbondanti emazie e leucociti.

Dinanzi a questo reperto si esclude la tubercolosi del rene e si pensa ad un tumore o ad una degenerazione policistica del rene sinistro e, viste le condizioni precarie dell'infermo per le continue ematurie, si decide l'intervento.

Il 9 gennaio 1923 in leggera cloretero-narcosi regolare, previa incisione lombare alla Guyon, scopro ed isolo un rene grosso quanto una testa di bambino, aderente alla capsula adiposa dalla quale si distacca con pena; molto sviluppato verso l'alto dove è fisso da aderenze; resezione della 12ª costa; legatura dell'uretere; allacciatura del peduncolo vasale; *nefrectomia*. Sutura della parete, lasciando un drenaggio nella loggia.

Decorso postoperatorio normale e rapida guarigione chirurgica.

Le ematurie cessano definitivamente coll'intervento, ma l'infermo continua a deperire ed i fenomeni uremici si vanno accentuando.

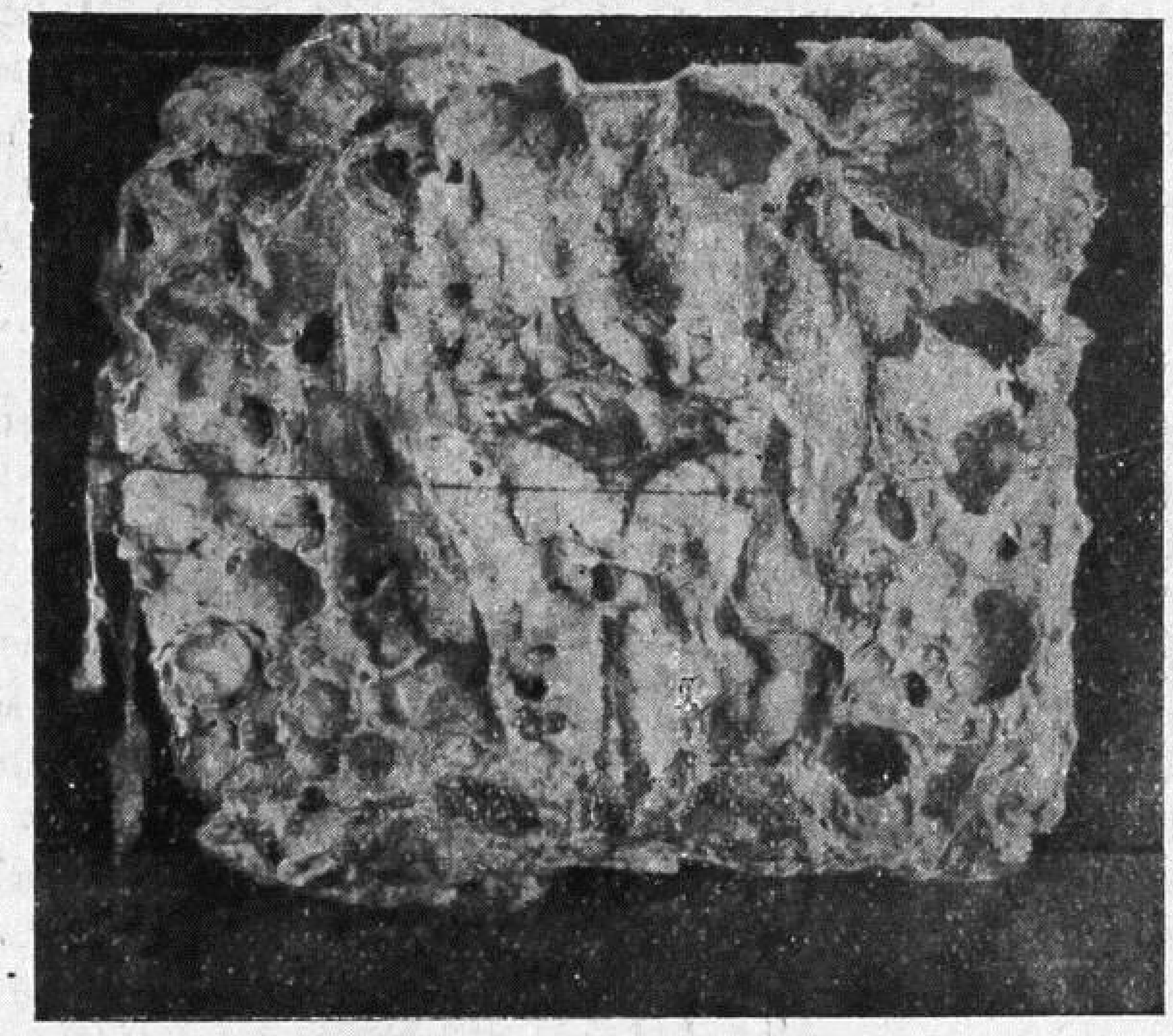


Fig. 1.

La costante d'Ambard eseguita 2 mesi dopo dà K = 0.32; i fenomeni uremici diventano rapidamente allarmanti e non cedono alle cure mediche; l'infermo muore verso la fine del trimestre.



Fig. 2.

Non essendosi potuta eseguire l'autopsia, non si può essere rassicurati sullo stato del rene destro che, secondo ogni probabilità, doveva essere pure sede di analoga degenerazione.

Il rene sinistro tolto, misura cm. 28 di lunghezza per 16 di massima larghezza; è costituito da un ammasso di cisti dalle dimensioni massime di una noce a quelle minori di un pisello, distinte nettamente fra loro (fig. 2)· anche nella sezione

dell'organo, nella quale si rimarca fra le une e le altre, tralci abbastanza importanti di parenchima ghiandolare di aspetto macroscopico normale (fig. 1); ciò che ci rende conto del suo funzionamento abbastanza utile e della rapida crisi uremica che si è venuta stabilendo dopo la sua ablazione; non avendo potuto il rimanente rene, probabilmente pure malato, certo degenerato, supplire alla funzione vicariante.

Il caso è istruttivo al punto di vista diagnostico, e conferma la gravità della prognosi postoperatoria della degenerazione policistica del rene. Si sarebbe potuto discutere l'opportunità dell'intervento per la natura probabile dell'affezione, per il valore della costante preoperatoria e per il risultato dell'esame separato delle urine; ma l'ematuria persistente e la tema della possibilità di un tumore *mali moris*, hanno pesato sulla decisione.

OSSERVAZIONE II. — Abrevayga M., di anni 25, coniugato, senza antecedenti remoti degni di nota e con gentilizio negativo. Non ricorda malattie importanti prima del maggio 1924, in cui ha superato un'infezione tifosa, in seguito alla quale è rimasto molto indebolito.

Da qualche tempo ha dolori alla metà destra dell'addome, nella quale avverte una tumefazione fissa, un po' dolente alla palpazione. Conserva funzioni regolari dell'alvo. Ricorda di avvertire da qualche anno un senso di peso e qualche dolore lancinante alla regione lombare destra; ma non ha mai avuto coliche nefritiche classiche, nè ematuria; l'esame delle urine, fatto praticare talvolta non ha rivelato costituenti anormali e la quantità globale delle 24 ore si è mantenuta sempre pressochè normale.

Non ha mai presentato fenomeni disurici nè elevazioni termiche, nè fenomeni uremici.

All'esame obbiettivo si nota:

Individuo di statura alta; sistema scheletrico normale; colorito roseo; pannicolo adiposo un po' scarso; masse muscolari toniche e valide; non linfoghiandole sottocutanee nè edemi periferici.

Polmoni e cuore: normali.

L'addome è sede di un tumore grosso quanto una grande testa di adulto, profondamente situato nell'ipocondrio destro, che scende fino alla fossa iliaca destra e oltrepassa alquanto la linea mediana; di consistenza duroelastica, a superficie liscia e tesa, dolente modicamente alla pressione, fisso e ben limitato, nettamente distinto dalla parete per ogni dove, chiaramente distinto dal fegato che gli è indipendente al di sopra e con un accenno di diffusione verso la regione lombare omonima, in cui si palpa un polo renale, ballottando il quale, si comunica una sensazione di trasmissione al tumore in questione, tanto che si ha netta l'impressione che le due masse, tumore e rene destro, sieno intimamente congiunte. La percussione al di sopra di esso, dall'addome è chiara e diventa timpanitica coll'insufflazione del colon.

Nulla di anormale ai testicoli; prostata e vescicole seminali normali.

L'esame globale delle urine delle 24 ore dà: volume: cmc. 1200; densità: 1019; aspetto: limpido; reazione: acida; albumina e zucchero: assenti; indacano: tracce; urea: 28 gr.; cloruri: 10.

L'esame microscopico del centrifugato dà: cristalli di acido urico, urati amorfi e qualche leucocita polinucleare.

La cistoscopia mostra: vescica contenente facilmente 250 cmc., di aspetto normale.

La cromocistoscopia dà a sinistra un'abbondante eliminazione del blu già evidente 15' dopo la iniezione; a destra tale eliminazione non è chiara neanche 30' dopo.

L'esame delle urine separate dei due reni dà:

Rene destro: volume: 4 cmc.; colorito: pallido; reazione: acida; urea: 5.40 ‰; centrifugato: qq. leucocita rarissimi urati.

Rene sinistro: volume: 16 cmc.; colorito: azzurro; reazione: acida; urea: 22 ‰; centrifugato: urati abbondanti.

Con questi dati si pensa ad un tumore cistico del rene destro, con grave distruzione renale e buona funzione nell'altro rene; si decide l'intervento chirurgico che eseguo in cloreteronarcosi regolare il 25 novembre 1924.

Previo taglio lombare obliquo destro, scopro la loggia renale, nella quale trovo un enorme tumore cistico che fa corpo col rene, aderente per ogni dove.

Per via ottusa lo distacco e tale distacco riesce particolarmente laborioso in avanti e in basso dove ha contratto aderenze col colon; il tumore ha il volume di un utero gravido al 7° mese e, nel distacco della parte più bassa la cisti si rompe e ne fuoriesce liquido sieroemorragico in quantità di circa 4 litri.

Continuando a distaccare le aderenze si isola finalmente il rene e si vede che quasi tutto il tumore era costituito da una enorme cisti del polo renale inferiore; mentre due altre, grandi come uova di galline ne occupanò il terzo medio ed una assai più grossa, tutto il polo superiore.

Visto che del parenchima ghiandolare restava ben poco, procedo alla nefrectomia, previa legatura separata dell'uretere e del peduncolo vasale.

Termino l'intervento suturando la parete e lasciando due drenaggi tubulari nella loggia. Guarigione per prima della ferita operatoria. L'infermo esce dall'ospedale in 20ª giornata e gode attualmente ottima salute.

Il pezzo anatomico (fig. 3 e 4) è oltremodo interessante, specie visto di lato (fig. 4).

Il polo inferiore è scavato per ben 1/3 della totalità dell'organo dalla grande cisti sierosa, di cui si vede la membrana, come un sacco amnistico, interrotta all'estremo nel distacco e che, pur retratta, si presenta abbastanza ampia.

Il 1/3 medio è occupato da due cisti estrinsecate sulle pareti anteriore e posteriore, grandi circa quanto uova di galline e che si approfondano fin quasi alla pelvi: il polo superiore è sede di un tumore cistico, a contenuto sieroso, grosso quanto un arancio; fra le 4 cisti vi è assai scarsa quantità di parenchima renale, con qualche altra cistarella minore disseminata qua e là; la pelvi e l'uretere sono normali; il peduncolo vasale è un po' più grosso del normale.

Si tratta evidentemente di un caso di degenerazione cistica del rene, con una grossa cisti e più minori sierose; se si fosse trattato di una cisti unica sarebbe bastata una resezione cuneiforme senza nefrectomia.

OSSERVAZIONE III. — Franses S., di anni 26, coniugata, senza prole, non ha mai avuto gravidanze.

Soffre da 16 anni di ematurie e lievi dolori nella regione lombare sinistra; 10 anni fa ebbe a

soffrire di un ascesso pararenale sinistro che le venne sbrigliato, e la paziente ne guarì dopo qualche settimana di medicature. È stata bene fino a 2 anni fa; a tale epoca l'inferma incominciò a notare che le urine erano torbide, puriformi e di odore disgustoso; da allora soffre se-



Fig. 3.

riamente del suo rene sinistro; non presenta però fenomeni disurici, ha qualche lieve elevazione termica; non ha mai avuto una vera colica nefritica; mai emesso calcoli e, radiografie ripetute, non li hanno mai rivelati.

L'esame obbiettivo rivela una donna di costituzione scheletrica normale, un po' pallida, con

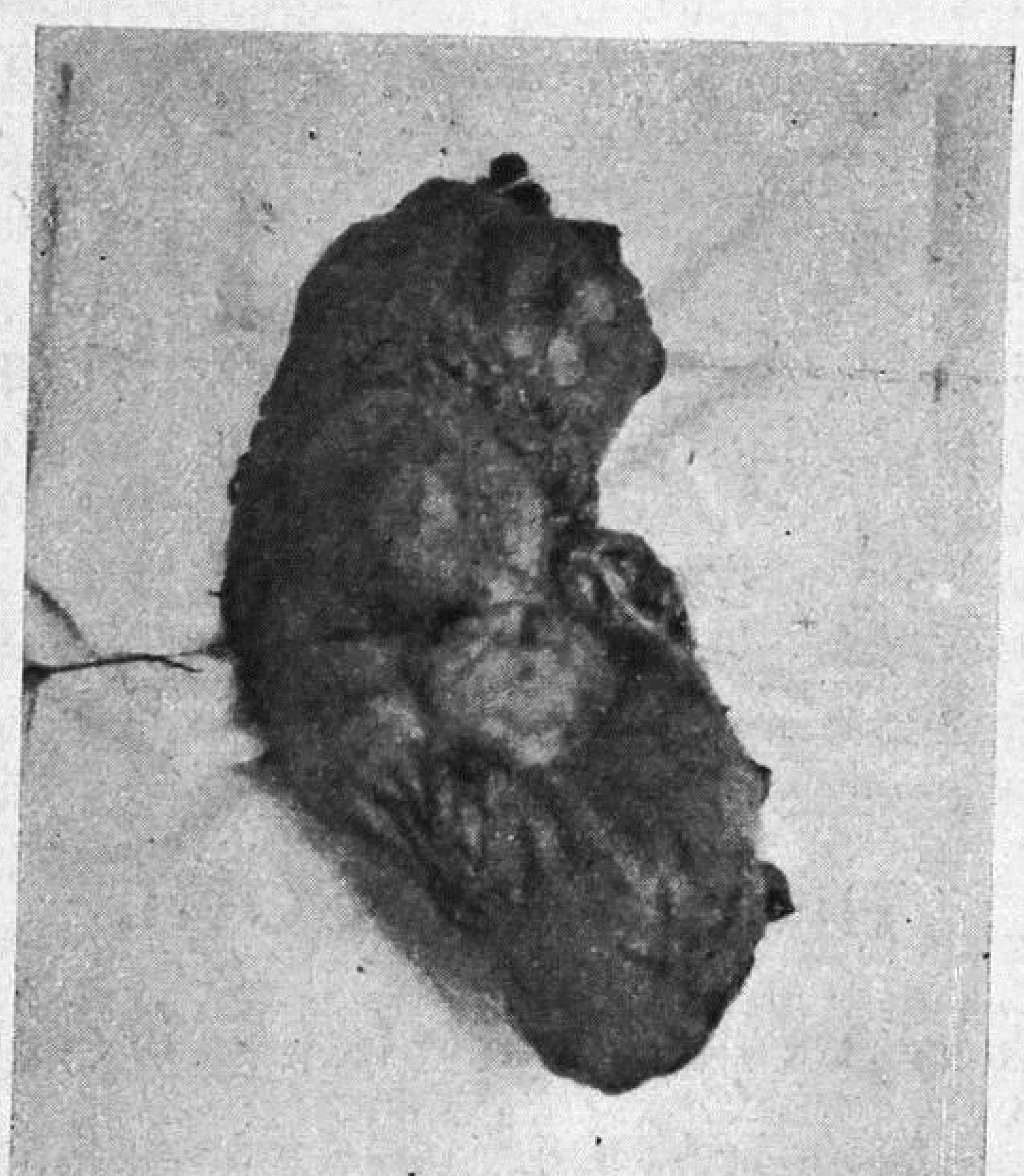


Fig. 4.

masse muscolari alquanto ipotoniche, senza anormalità patologiche nella cute e nelle estremità.

Torace: cuore e polmoni normali.

Addome: facilmente trattabile, non presenta nulla di anormale negli organi endoperitoneali.

Il rene destro, di apparenza normale, è indolente alla palpazione e compressione.

Il rene sinistro, invece, si presenta come una massa a superficie irregolare, di consistenza dura, del volume di una testa di feto a termine; grossolanamente reniforme; poco mobile nel ballottamento che riesce sensibilmente doloroso.

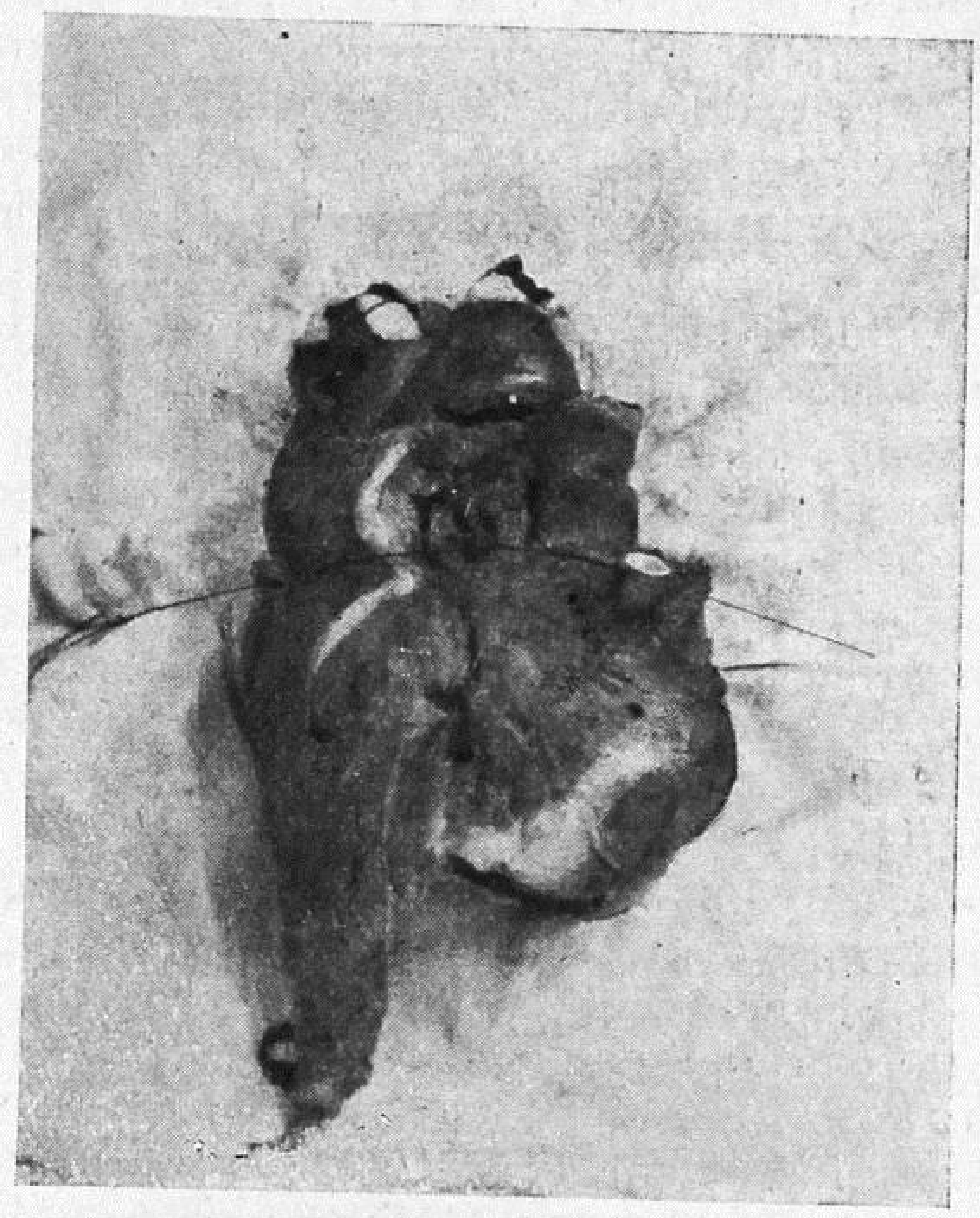


Fig. 5.

Presenta nella regione lombare sinistra, una cicatrice verticale lunga 8 cm., aderente ai piani profondi.

L'esame ginecologico non rivela nulla di anormale.

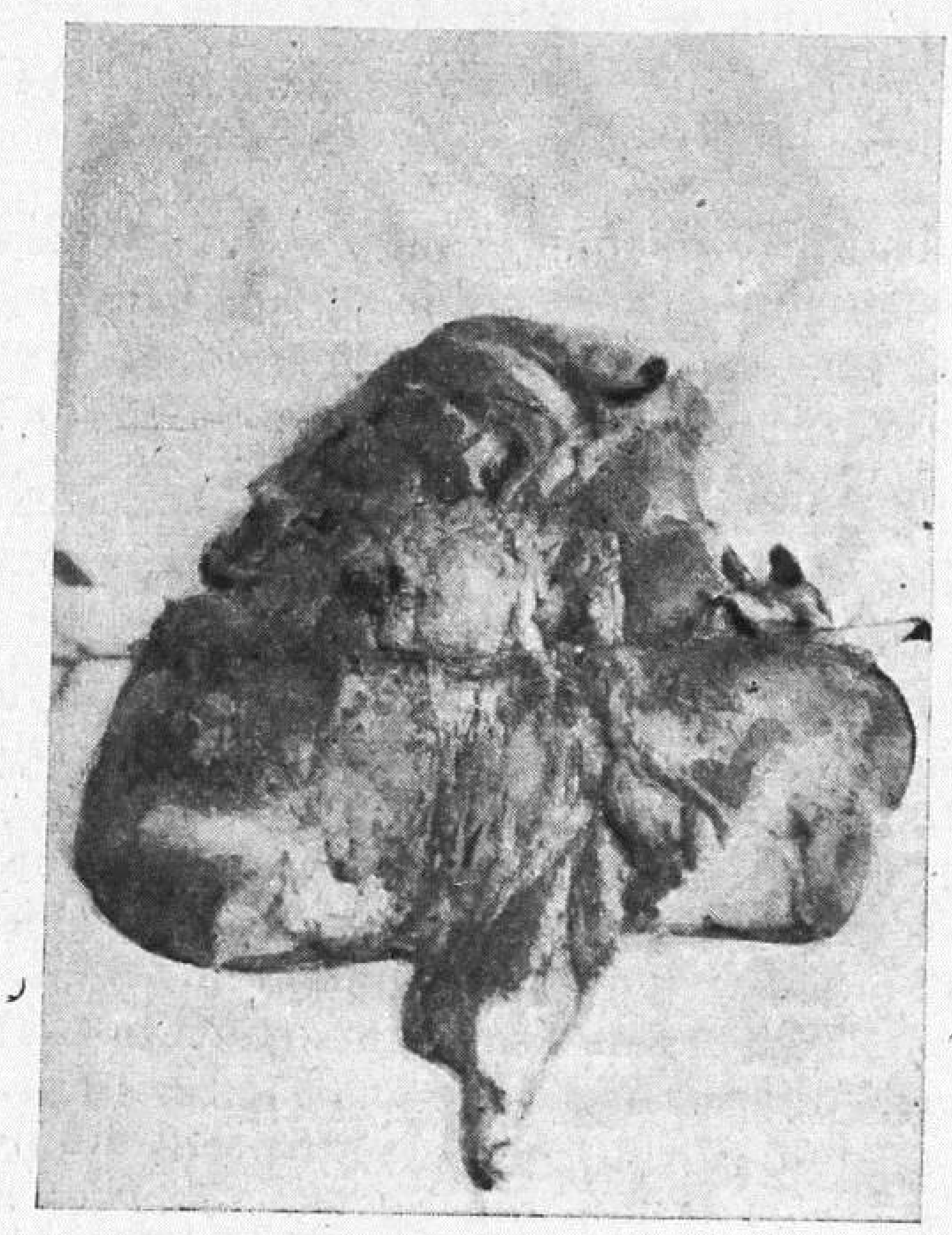


Fig. 6.

L'esame globale delle urine di 24 ore dà: volume: 1050 cmc., di aspetto fortemente torbido con deposito cremoso, di odore putrido; reazione: alcalina; peso specifico: 1021; albumina: presente; zucchero: assente; indacano: tracce; non pigmenti biliari.

L'esame microscopico del centrifugato rivela:

abbondanti leucociti polinucleari, qualche cristallo di acido urico, abbondanti urati amorfi e cellule di sfaldamento degli strati superficiali della vescica.

La costante di Ambard è K = 0.072.

La cistoscopia rivela una vescica contenente facilmente 200 cmc.; il collo vescicale è congesto ed arrossato; il resto della mucosa vescicale riflette un colore giallo-roseo normale; l'orificio ureterico destro appare normale; il sinistro pure normale, ma da esso fuoriesce un denso filo di pus che nello scendere in vescica conserva per un tratto la sua integrità, assomigliando ad un lombrico.

Il cateterismo del rene sinistro non dà che poca urina commista ad una gran parte di pus denso; sì che l'urina globale può considerarsi in gran parte secreta dal rene destro.

Con questo reperto si impone l'indicazione di una nefrectomia che eseguo il 27 febbraio 1925 in cloreteronarcosi regolare, con taglio lombare di Guyon. Cado subito in una ganga di tessuto cicatriziale aderente al rene; col tagliente riesco a farmi un piano di clivaggio nella fitta ganga di perinefrite sclero-adiposa e ad isolare con gran pena il rene, aprendo ogni tanto cisti, quali sierose e quali suppurate. Isolo e preparo in basso l'uretere che si presenta enormemente dilatato, raggiungendo le dimensioni di un pollice per tutto il tratto visibile dalla breccia operatoria; lo seziono ben 10 cm. sotto la pelvi renale, quindi allaccio il peduncolo vasale ed asporto il rene. Sutura della parete e drenaggio della loggia renale.

Guarigione con decorso postoperatorio normale; l'ammalata lascia il servizio il 20 maggio in ottime condizioni di salute.

Il rene è un esemplare oltremodo istruttivo (fig. 5 e 6); misura cm. 24 di lunghezza per 10 di larghezza.

È costituito unicamente da un conglomerato di cisti ben distinte, del volume di un pisello le minori, di una grossa noce le maggiori; occupano tutto lo spessore dell'organo e contengono un liquido siero-ematico, le une, puriforme, le altre; e sono separate da tralci di tessuto renale in gran parte di aspetto cicatriziale; ma anche con tratti di aspetto macroscopico normale.

Le fig. 5 e 6 mettono particolarmente in luce una anormalità interessante consistente nell'enorme dilatazione con ispessimento proporzionale della parete di tutto l'uretere. Tale anormalità si è vista talvolta accompagnare le degenerazioni policistiche dei reni, assieme ad altre, a carico anche di altri organi, come ho rilevato nella prima parte di questo lavoro e come è stato anche recentemente riferito per un altro caso consimile, comunicato da Papin alla Società francese di Urologia.

Si tratta insomma, di un esemplare di rene policistico suppurato in gran parte, molto probabilmente unilaterale, visto che in tutta la lunga durata evolutiva del male, l'altro rene ha sempre funzionato in modo completo e non ha mai dato segno di malattia, permettendo una ottima compensazione anche dopo l'intervento radicale.

LETTERATURA.

ANGLADE. *Étude anatomo-pathologique et classification d'un cas de rein polykistique bilatéral.* Jour. d'Urol., 1913.

BERNIER. *Die Cystenniere.* Centralbl. f. allgem. Path., 1914.

BEUTHIN. *Cystenniere.* Deutsche med. Woch., 1915.

CHIASSERINI. *Contrib. allo studio delle grandi cisti sierose del rene.* Clin. Chir., 1916, pag. 964.

D'AGATA. *Contr. à la pathologie du rein polykistique.* Arch. de Med. Exp., 1911.

DOMINICI. Folia Urologica, 1910. — *Sopra tre casi di lesioni diverse del rene con prod. di cisti.* XXII Adun. della Soc. Ital. di Chir., 1909.

FORSMANN. *Rekonstr. von Cystenniere.* Beitr. z. path. anat., 1913.

GRANDINEAU et ANDRÉ. *Reins polykistiques suppurés.* Rev. méd. de l'Est., 1 avr. 1922.

HORNOWSKI. *Einige Bemerkungen über die Enstehung der angeb. Cystenniere.* Wirchov. Arch., 1912.

KÖPFE. *Degenerazione policistica dei reni.* Inaug. Dissert. Halle, 1911.

MARION. Traité d'Urologie, t. I, Paris.

ID. Journ. d'Urol., t. XIII, n. 4, 1922.

MIKANIEWSKI. *Interventi nella malattia cistica dei reni,* 1914.

MICHON. *Kystes séreux du rein.* Journ. d'Urol., t. XIV, n. 2, 1922, p. 157.

NEGRO-COLOMBET. *Valeur de l'épreuve de la P. S. P. dans l'étude du fonctionnement du rein polykistique.* Journ. d'Urol., t. XVI, n. 3, 1923, p. 216.

PAPIN. *Rein polykistique.* Journ. d'Urol., t. XIII, n. 4, pag. 284.

PAYR. *Kong. Cystenniere.* Deut. med. Woch., 1913.

PIGNATTI. *Sopra due casi di cisti solitarie del rene.* Il Policlinico, 1923, pag. 1206.

POUSSON. *Malattie delle vie urinarie.* Soc. Tip. Ed. Milanese.

ID. Compte-rendus de l'Assoc. franç. d'Urol., 1911.

SAVIOZZI. *Tumori del rene.* Siena, 1914.

SILVIO ROLANDO. *Contrib. à la connaissance du rein polykistique bilat.* Jour. d'Urol., t. XIII, n. 2, 1922.

SIMONCELLI. *Contributo clinico allo studio delle grandi cisti sierose del rene.* Il Policlinico, Sez. Chir., 1924, p. 105.

STEINER. *Sui tumori renali policistici.* Journ. d'Urologie, 1912.

RIVENDICAZIONI.

Taglio cesareo per placenta previa centrale.

A proposito della mia osservazione clinica *Taglio cesareo per placenta previa centrale* comparsa nel n. 40 del presente periodico del corrente anno, mi preme rendere noto che il primo ad eseguire con successo la *isterectomia precesarea* sulla vivente, è stato il prof. Sante Solieri di Forlì. (*Morgagni*, parte II, n. 5, 1922).

Prof. GIOVANNI ZANETTI.

SUNTI E RASSEGNE.

DIABETE.

Lesioni delle estremità nel diabete.

(COLLER e MARSH. *Journal American Med. Assoc.*, 18 luglio 1925).

È ben noto che i diabetici vanno soggetti con facilità alle infezioni ed alla gangrena specie dei piedi. Queste lesioni costituiscono una causa abbastanza frequente di morte (circa il 20 % dei diabetici), perciò il loro riconoscimento ha una notevole importanza dal punto di vista terapeutico e prognostico. Gli autori in quattro anni nell'University Hôspital ne hanno osservato e studiato 52 casi, costituenti l'8 % dei diabetici ricoverati.

Tutti questi pazienti presentavano lesioni (ulceri, infezioni, gangrene) alle estremità inferiori.

Le ulceri sono localizzate nella parte bassa delle gambe e sono comunemente associate a varici. La loro estensione e i loro caratteri variano a seconda la loro cronicità. Sono leggermente infette, ma l'infezione raramente si diffonde alle parti vicine, quantunque attraverso l'ulcera possa invadere l'intero organismo. Dei pazienti esaminati, otto tutte donne, nessuno migliorò con il solo trattamento locale, ma guarirono con questo e con la dieta appropriata.

Le infezioni furono riscontrate in 24 casi. La porta d'entrata dei germi era costituita da piccole lesioni cutanee dei piedi, abrasioni prodotte dalle scarpe, taglio di calli, traumi in genere assolutamente insignificanti. Il focolaio locale può assumere tre forme· infezione dei tessuti molli, osteomielite, osteomielite con gangrena.

Quantunque nel gruppo esaminato si constatarono solo tre infezioni dei tessuti molli è probabile che in tutti i 24 casi la lesione iniziale dovette essere localizzata ai tessuti molli. Nei tre casi nei quali il processo non si diffuse si trattò di piccoli ascessi e celluliti che guarirono con incisione e drenaggio insieme ad adeguato trattamento antidiabetico.

L'osteomielite fu trovata in maggior numero di casi. L'infezione è secondaria, può essere più o meno acuta, colpire parti ossee più o meno grandi, necrotizzare una sola falange e distruggere tutte le ossa del piede. La cosidetta ulcera perforante o trofica conduce alle necrosi delle ossa, essa comunica a mezzo di seni fistolosi con il processo osteomielitico. All'esame si trova generalmente gonfiore, rossore, calore, dolore del piede, pulsazione evidente della pedidia e della tibiale posteriore. I radiogrammi rilevarono osteomielite delle falangi, dei metatarsi adiacenti e talora anche delle ossa tarsali. Anche nei casi gravi la capacità del paziente a utilizzare il glucosio è ridotto, ed il controllo dietetico è più difficile di quel che era prima dell'infezione. Nei casi gravi c'è intensa leucocitosi, delirio, prostrazione. In genere la temperatura non è molto alta. Solo l'insulina domina in questi casi il diabete. Localmente si praticherà incisione e drenaggio, eventualmente amputazione.

L'osteomielite talvolta provoca una reazione infiammatoria, che determina grave arresto circolatorio locale, donde gangrena. I fatti si seguono nel seguente ordine: infezione dei tessuti molli, osteomielite, occlusione delle arterie sclerotiche. L'infezione è molto virulenta e generalizzata, può seguire setticemia e piemia. La prognosi è infausta. L'infezione rende il diabete più grave e non dominabile neppure dall'insulina. L'amputazione non è possibile perchè le condizioni del paziente non tollerano gli anestetici e l'operazione.

La gangrena diabetica può verificarsi anche primitivamente nei soggetti arteriosclerotici. Può assumere due tipi a seconda della presenza o meno dell'infezione secondaria. La gangrena senza infezione non differisce affatto dalla gangrena senile arteriosclerotica. Assume la forma secca cominciando dalle dita dei piedi, specialmente dall'alluce. Di solito prima della comparsa della gangrena c'è cianosi, raffreddamento e talvolta dolore. Si riscontrano segni evidenti d'arteriosclerosi diffusa. Il trattamento chirurgico può essere rimandato fino a quando il diabete può essere dominato, ma di solito non può essere evitato.

L'amputazione deve essere fatta seguendo la linea di demarcazione; quando la gangrena malgrado ciò si estende, bisogna fare un'amputazione generosa abbastanza in alto. In quest'ultimo caso la mortalità è molto alta, ma la morte non è dovuta all'operazione, perchè avviene dopo parecchie settimane. È difficile precisare la causa della morte. Si ha prostrazione progressiva fino al decesso.

La gangrena seguita da infezione assume lo stesso quadro clinico della osteomielite con gangrena.

La diagnosi differenziale delle varie lesioni delle estremità che si verificano nei diabetici ha importanza dal punto di vista terapeutico e quindi diagnostico. La tendenza a considerare tutte le dette lesioni come gangrene induce ad amputazioni di piedi che potrebbero invece essere salvati. Vi sono in effetti lesioni che guariscono senza interventi o con piccoli interventi chirurgici curando il diabete. L'insulina aiuta in ogni caso il trattamento locale prevenendo il coma e

diminuendo la glicosuria. In effetti tra la malattia generale e la lesione locale si stabilisce un circolo vizioso: il diabete favorisce l'infezione e questa aggrava il diabete. Per rompere questo circolo conviene agire contemporaneamente sui due processi. La prognosi tuttavia rimane grave in quei casi nei quali c'è infezione e disturbi circolatori.

D'altra parte conviene che i diabetici seguano quelle misure profilattiche atte a mantenere sempre attiva la circolazione dei piedi e ad evitare ogni lesione traumatica dei medesimi. In ogni caso la misura profilattica più efficace è quella di curare la malattia generale.

Negli interventi chirurgici necessari per le lesioni dei diabetici conviene curare la scelta dell'anestetico. Gli autori hanno dato la preferenza alla rachianestesia, al protossido d'azoto e all'etilene. L'anestesia locale non deve essere adoperata quando c'è arteriosclerosi.

DR.

Glicosuria.

(CAMPBELL. *Lancet*, 14 marzo 1925).

Quantunque il diabete fosse già stato descritto da Areteo Cappadocio nel 70 d. C., e fosse già noto molti secoli fa ai cinesi che lo chiamavano la malattia della sete esauriente, tuttavia la sua sintomatologia deve essere stata riconosciuta molto tempo prima. Il sapore dolce delle urine diabetiche è menzionato da un medico indiano, Sursuta, nel 500 d. C. circa, e dal persiano Avicumz nel 1000 d. C. circa. In Europa però non se ne ebbe notizia prima del 1600. Nel '700 un medico inglese, Matthew Dobson, trovò che oltre l'urina anche il sangue dei diabetici era dolce, che questo sapore scompariva nell'urina dopo la fermentazione alcoolica, e che le urine stesse sottoposte all'evaporazione lasciavano un residuo di zucchero. Chevreul nel 1815 dimostrò che lo zucchero contenuto nell'urina diabetica rassomigliava a quello derivato dall'amido, ma fu solo nel 1838 che Peligot dette la prova definitiva che lo zucchero diabetico, dell'uva, del miele e quello derivato dall'amido erano identici e dette alla sostanza il nome di glucosio (γλεῦχος — vino non fermentato).

Dopo di che le conoscenze sul diabete progredirono rapidamente. L'introduzione e l'uso di metodi per la ricerca del glucosio nelle urine rilevò che la glicosuria è un sintoma oltre che del diabete di altre affezioni, e che nelle urine possono trovarsi altre sostanze che danno la medesima reazione del glucosio.

Il glucosio in piccolissime quantità è un costituente normale dell'urina insieme a traccie di altri carboidrati, quali il pentosio, la destrina ed altri polisaccaridi. Il termine glicosuria dovrebbe essere riservato alla condizione nella quale compare nell'urina una quantità anormale di glucosio, circa 10 mg. per ogni kg. di peso del corpo. Le prove quindi attualmente in uso (metodi di Nylander, Trommer, Fehling, Haine, Benedict) basate sul principio della riduzione degli ossidi metallici, generalmente di quelli rameici, anche quando riescono positive non hanno valore probatorio decisivo per la esistenza di una glicosuria patologica. Bisogna tener conto della quantità di glucosio normalmente sciolta nell'urina, e tener conto della presenza costante di altre sostanze riducenti, creatinina, acido urico, ecc., nonchè dell'eventuale aggiunta di formalina o cloroformio a scopo di conservazione. Oltre a ciò l'aumentata concentrazione di elettroliti e di sostanze organiche nell'urina come la presenza di princìpi patologici, quali la bile e l'albumina, o l'eccessiva quantità di urobilina e d'indacano influenzano in vario senso la reazione riduttrice. Spesso piccole quantità di sali inorganici nell'urina tendono ad aumentare la sensibilità della reazione, ma possono anche far rimanere sciolto nel liquido l'ossido di rame ridotto. Anche la creatinina scioglie l'ossido rameoso. È stato detto che la leggera riduzione in un'urina con alto peso specifico sia senz'altro indice di glicosuria, ma ciò non è esatto. Quando il peso specifico alto è dovuto al glucosio la riduzione deve essere intensa. D'altra parte un peso specifico basso non è incompatibile con la glicosuria specie se il soggetto beve molto o mangia poco.

Il metodo per la ricerca del glucosio nell'urina, più pratico e con minori probabilità di errori, è quello di Benedict. Si aggiungano otto goccie di urina a 5 cmc. della seguente soluzione:

Solfato di rame ricristallizzato . . .	gr.	17,3
Citrato di potassio o di sodio . . .	»	173
Carbonato di sodio anidro	»	100
Acqua distillata a raggiungere . . .	cmc.	1000

Si riscalda la miscela e si fa bollire per due minuti. Quindi si lascia raffreddare e si agita. La presenza di glucosio è rilevata dall'opacamento del liquido. Talvolta si ha un'opacità grigioverde dovuta ai fosfati ed eventualmente ad albumina. Le urine di individui con poliuria e sottoposti ad alimentazione priva di glucosio possono dare riduzione ad ossido rameoso rosso senza opacità. L'eliminazione di lattosio, pentosio, melanina, glicuronati, morfina, cloralio o derivati del catrame può dare una reazione positiva.

Nei casi nei quali si ha dubbio circa la sostanza che ha prodotto la reazione riduttrice, per

accertare se si tratta o non di glucosio, conviene ricorrere alla prova della fermentazione.

Le cause della glicosuria sono molte. Può dipendere da eccessiva ingestione di zucchero (glicosuria alimentare) ed allora la diagnosi è facile in base ai dati anamnestici ed al fatto che l'escrezione di glucosio è del tutto transitoria. Nelle anemie, negli stati tossici del gozzo, durante l'inedia e nei forti stati emotivi si può avere lieve glicosuria periodica. Nelle lesioni cerebrali, emorragia, trombosi, embolia, tumori endocranici o ipofisari, commozione, frattura del cranio, si può avere lieve glicosuria transitoria. Si tratta di disturbi del metabolismo degli idrati di carbonio; ma conviene tener conto che dette condizioni possono essere accompagnate da acidosi dipendente da difetto di alimentazione con acetonuria, che può indurre alla diagnosi errata di acidosi o coma diabetico.

Nelle infezioni settiche, nella colecistite, nelle affezioni acute e croniche del pancreas, nell'alcoolismo si può avere glicosuria transitoria, che può simulare un vero diabete o divenir tale trattandosi in fondo di un disturbo in rapporto ad alterazione delle isole di Langerhans.

Il vero diabete è caratterizzato da glicosuria ricorrente a lunghi periodi di tempo. Non sempre c'è eliminazione continua di glucosio. La più intensa glicosuria segue i pasti, mentre le urine delle prime ore del mattino spesso non contengono glucosio. Nei casi più leggeri la glicosuria è il solo sintoma presente, tanto che nei casi stessi il diabete può essere confuso con altre affezioni: glicosuria renale della gravidanza, diabete renale nel senso di Klemperer (glicosuria benigna dei nefritici), glicosuria renale idiopatica, glicosuria renale tossica, ed infine un gruppo di casi intermedii tra la vera glicosuria renale ed il diabete mellito, che possono essere chiamati di diabete innocente.

La diagnosi differenziale tra queste forme di glicosuria ed il vero diabete è importante non solo dal punto di vista prognostico ma anche nei riguardi della terapia.

Queste glicosurie, che più che una malattia costituiscono un'anomalia del ricambio dei carboidrati, si distinguono dal diabete vero: 1) perchè non sono accompagnate da altri sintomi morbosi: gli individui che la presentano possono diventare deperiti ed astenici solo se si sottopongono a dieta deficiente; 2) sono messe in evidenza accidentalmente durante l'esame medico per altre affezioni; 3) la percentuale di glucosio e l'escrezione totale della stessa sostanza nelle 24 ore è piccolissima; 4) manca l'acetonuria, a meno che non vi sia gravidanza o inedia; 5) l'aumento d'ingestione di idrati di carbonio non accentua la glicosuria; 6) il quoziente respiratorio si eleva dopo l'ingestione di glucosio, il che indica la normale utilizzazione del carboidrato; 7) il fenomeno non ha tendenza ad accentuarsi anche sotto l'influenza di condizioni alimentari sfavorevoli al vero diabetico; 8) non c'è iperglicemia. Quest'ultimo è il carattere differenziale più importante, in quanto il vero diabete è essenzialmente caratterizzato dall'eccessivo contenuto di glucosio nel sangue, ed il trattamento è appunto indirizzato più che a far scomparire la glicosuria, ad abbassare la glicemia fino al livello normale pur permettendo al soggetto d'alimentarsi sufficientemente in modo da fornire all'organismo la quantità di calorie necessarie perchè egli possa svolgere il lavoro adeguato alla propria condizione.

Dr.

UROLOGIA.

I disturbi della minzione ed il loro significato clinico.

(Kornitzer. *American Medicine*, agosto 1925).

Le affezioni degli organi di escrezione e di eliminazione dell'urina si estrinsecano sempre con modificazioni della composizione dell'urina o del modo di svuotamento della vescica. Tuttavia ciascuno di questi disturbi può essere presente in varie malattie, per modo che non si può da un sintoma risalire alla diagnosi dell'affezione.

Elementi sufficienti per l'indirizzo da dare alle indagini sono i seguenti:

1) frequenza della minzione;
2) variazioni nel getto dell'urina;
3) presenza o assenza di dolore;
4) presenza o assenza di sangue nell'urina.

Questi dati, in rapporto ai risultati dell'esame fisico, chimico e microscopico dell'urina di recente emessa (e per le donne è utile vuotare la vescica con il catetere), possono costituire elementi sufficienti per la diagnosi non solo di sede ma anche di natura della malattia.

L'individuo normale emette quotidianamente 1500-1800 cmc. di urina con un peso specifico di 1015-1020 ed in cinque o sei minzioni. La capacità di ritenzione della vescica di 500 cmc. può ritenersi normale. La ingestione abbondante di liquidi aumenta la quantità dell'urina ed il numero delle minzioni, mentre il peso specifico si abbassa fino ad avvicinarsi a 1000. La sete prolungata, l'aumento di perspirazione, la diarrea profusa provocano diminuzione della quantità dell'urina e contemporaneamente aumento del peso specifico fino a 1040 e oltre. Questa variabilità è indice del potere di adattamento del parenchima renale al lavoro che gli si richiede, e d'altra parte

costituisce un elemento per la diagnosi dei disturbi funzionali del rene. In effetti il rene malato ha una funzione più costante del rene sano; perciò quando la funzione varia meno, ossia quando il potere di adattamento è ridotto, si deve sospettare una lesione del parenchima renale. L'indice più significativo della diminuita funzionalità renale è la diminuita variabilità del peso specifico dell'urina (fissazione renale, isostenuria).

L'aumento della frequenza delle minzioni può essere in rapporto all'aumento della quantità di urina; così prescindendo da quella determinata da ingestione abbondante di liquidi, si può avere poliuria genuina nel diabete e nella sclerosi renale. D'altra parte vi sono condizioni, come nel secondo stadio dell'ipertrofia prostatica, nelle quali la quantità di urina secreta è normale o al di sopra della norma, il peso specifico è alto, e c'è un notevole aumento nella frequenza delle minzioni e ad ogni minzione la quantità di urina emessa è piccola. Analoghe manifestazioni si hanno nelle affezioni infiammatorie acute della vescica e dell'uretra posteriore, nelle prostatiti e nei calcoli vescicali. Anche l'urina fortemente acida dà poliuria. Questa varia di giorno e di notte e con altre circostanze a seconda le affezioni: nella prostatite e nell'ipertrofia prostatica è maggiore di notte, nelle affezioni infiammatorie è uguale di giorno e di notte, nel calcolo vescicale in seguito a vibrazioni del corpo, nelle neurosi vescicali si ha solo di giorno.

L'oliguria e la diminuzione della frequenza delle minzioni di solito si presentano simultaneamente, ed hanno un significato prognostico sfavorevole perchè sono indici d'insufficienza renale. In seguito a narcosi si può avere ritenzione ed incontinenza.

Nell'ipertrofia prostatica la vescica può perdere gradatamente la sua contrattilità e divenire un sacco enorme, completamente riempito di urina: la ritenzione si aggrava sempre più, il paziente può solo emettere qualche goccia di urina e solo quando adopera mezzi speciali ausiliari, ossia accovacciandosi e premendo fortemente con la muscolatura addominale. Se però il riempimento sorpassa un certo limite, anche lo sfintere si allarga e si ha fuoriuscita involontaria di piccole quantità d'urina. Questa incontinenza apparente si ripete di tanto in tanto in rapporto all'iperriempimento della vescica (iscuria paradossa, disuria paradossa). Lo stesso fenomeno può verificarsi nella ritenzione dipendente da affezioni midollari. In tali casi l'introduzione di un catetere deciderà se si tratta di ritenzione o incontinenza vera. Conviene però guardarsi dal vuotare rapidamente la vescica iperdistesa per il pericolo di gravi emorragie determinate da rottura dei vasi che si trovano sotto l'azione di forte pressione. Se dopo lo svuotamento di parecchie centinaia di cmc. di urina il paziente avverte dolore e si ha emissione di sangue, si deve immediatamente smettere la cateterizzazione ed iniettare in vescica 100-150 cmc. di soluzione fisiologica. L'evacuazione sistematica completa di una vescica iperdistesa può richiedere molti giorni.

Più frequente della ritenzione cronica è quella acuta che si presenta in ogni periodo della prostatite, di cui per altro costituisce spesso il primo sintomo. Generalmente è provocata da improvvisa congestione della prostata ipertrofica in seguito a sforzi, a trauma, a raffreddamento, ad affezioni intestinali e simili.

La ritenzione acuta si può avere anche nei restringimenti e nei calcoli uretrali, nei papillomi del collo e nelle donne gravide in seguito a distorsione dell'uretra.

Nei prolassi e nelle anomalie di posizione dell'utero, come anche nella gravidanza inoltrata si può avere incontinenza assoluta o relativa.

Altri disturbi della minzione, specie nell'uomo, possono costituire elementi preziosi di diagnosi di natura e di sede. Il medico deve osservare il volume e la forza del getto, se è continuo o interrotto, se e quanto tempo passa tra il principio della contrazione della vescica e l'inizio dell'emissione d'urina dal meato. Deve osservare se l'ostacolo alla minzione è dovuto a fimosi. Tra i segni più importanti del restringimento uretrale vanno notati l'assottigliamento del getto, e la diminuzione della forza del getto stesso che può essere ridotta al punto che l'urina è emessa a goccie. Tali sintomi sono più accentuati quando il restringimento è localizzato al collo della vescica. Si trovano perciò anche nell'ipertrofia prostatica, nella prostatite, nelle affezioni dei centri e delle fibre nervose della vescica.

Quando il getto dell'urina s'interrompe improvvisamente per ritornare con i cambiamenti di posizione del corpo, si deve pensare al calcolo vescicale.

Un altro sintoma grave è il dolore, la cui localizzazione e diffusione aiuta nello stabilire la diagnosi. Il dolore dovuto a calcoli renali è localizzato ai lombi con diffusione lungo il tragitto degli ureteri, agli inguini, ai testicoli. Il dolore dei calcoli vescicali è riferito alla punta del pene e diventa più forte con le vibrazioni del corpo ed alla fine della minzione. Il dolore dovuto a restringimento si manifesta solo durante la minzione, è meno acuto, e s'irradia al perineo ed al retto. Nelle affezioni del collo della vescica il dolore è a carattere puntorio, si manifesta al termine della minzione e dura fino a che la vescica non è completamente svuotata.

Anche l'ematuria ha un notevole valore diagnostico. L'emorragia può derivare da tutte le porzioni del sistema urinario. L'emorragia che si manifesta all'inizio della minzione, deriva dall'uretra; l'emorragia diffusa con sangue intimamente mescolato all'urina può derivare dalla vescica, dagli ureteri, dai reni; l'emorragia al termine della minzione è in rapporto a lesioni del collo della vescica di solito gonococcica o a calcoli vescicali.

L'emorragia dipendente da calcoli localizzati nei vari tratti del sistema urinario, aumenta durante le coliche o in seguito a forti movimenti del corpo.

L'ematuria da neoplasma si manifesta ed aumenta senza cause apprezzabili, non è influenzata dai vari trattamenti, e cessa dopo un periodo di tempo più o meno lungo.

Un'ematuria di breve durata è spesso il sintoma iniziale della tubercolosi renale.

Le ematurie vescicali più abbondanti sono quelle derivanti da ipertrofia prostatica: la quantità di sangue può essere tale da tamponare completamente la vescica.

DR.

L'iniezione endovenosa di urotropina nella terapia della ritenzione di urina.

(VOGT. *Munch. med. Woch.*, n. 23, 6 giugno 1924).

L'A. ricorda anzitutto come l'indicazione all'iniezione endovenosa di urotropina esista soltanto quando dopo 2 giorni da una operazione o da un parto non si abbia il vuotamento spontaneo della vescica. Si usa in media la quantità di 5 cmc. di una soluzione di urotropina al 4 %; alle volte sono sufficienti 3 cmc. ma spesso si è obbligati di iniettarne 7-8 ed anche 10. L'iniezione può essere ripetuta senza inconvenienti 3-4 giorni di seguito. Non esiste alcuna controindicazione assoluta all'uso dell'urotropina: i risultati sono stati sempre favorevoli in casi di ginecologia, ostetricia e chirurgia. L'A. ha una esperienza di 350 casi con 95 % di successi. Alle volte si è riscontrata cistite o tenesmo per l'impiego di quantità eccessive e di iniezioni ripetute. Tali inconvenienti scompaiono praticando delle applicazioni calde o delle supposte, raramente si è dovuto ricorrere alle iniezioni di morfina. L'ematuria non è quasi mai comparsa.

Takkas l'ha riscontrata una sola volta su 500 casi. Il vantaggio che presenta tale metodo consiste nel fare che una volta provocata l'emissione spontanea dell'urina il vuotamento vescicale torna normale e può mantenersi tale con piccole dosi di urotropina somministrate per bocca. Altro vantaggio non trascurabile è l'azione diuretica esercitata dall'urotropina stessa.

Concludendo l'A. fa rilevare come l'urotropina agisca solamente quando l'urina è acida; allorchè è ammoniacale è opportuno acidificarla prima con un'iniezione da 50 a 100 cmc. di una soluzione di fosfato di soda al 7 %.

T. LAURENTI.

Un nuovo indice per la misura della funzionalità renale.

(I. BETTONI. *L'Ospedale Maggiore*, 31 agosto 1925).

L'A. si propone di compendiare e di valorizzare, mediante una formola stabilita, i vari criteri diagnostici di buona o di cattiva funzionalità renale in base al comportamento della diastasi nel sangue e nelle orine. La diastasi, come del resto ogni altra sostanza che normalmente si trova nei due surriferiti mezzi, tende nella lesione del filtro renale a invertire il suo reciproco rapporto quantitativo, cioè ad aumentare nel sangue e a diminuire nelle orine e più precisamente, secondo le numerose esperienze fatte dall'A., si comporterebbe nel seguente modo:

A reni sani: *a*) la diastasi è infallibilmente presente nel sangue in quantità inferiore a quella delle orine;

b) nel sangue il limite fisiologico massimo non oltrepassa le 6-7 U. D.;

c) ad un tasso diastatico minimo o massimo nel sangue corrisponde un tasso diastatico pure minimo o massimo delle orine.

A reni lesi: *a*) la diastasi tende ad aumentare nel sangue superando anche i valori normali massimi:

b) nelle orine tende invece a diminuire avvicinandosi ai valori minimi e anche al di sotto di questi;

c) date le oscillazioni abbastanza ampie che anche normalmente si riscontrano nelle orine, ciò che acquista maggiore importanza per la misura della funzionalità renale è il tasso diastatico del sangue e ancora più la valutazione del rapporto uro-sanguigno il quale a reni sani dà un quoziente inferiore a uno.

Lo scopo che si prefigge l'A. è quello di poter arrivare a una formola che possa esprimere con una sola cifra i vari criteri diagnostici surriferiti non solo per comodità d'interpretazione ma anche per una maggior esattezza di comprensione di essi.

Secondo L'A. più della considerazione del singolo valore diastatico nel sangue e nelle orine ciò che specialmente conta per la misura della funzionalità renale è la valutazione del loro re-

ciproco rapporto; ma anche quest'ultimo per ragioni varie, alla stessa guisa del rapporto urosanguigno dell'urea rispetto alla costante di Ambard, dev'essere corretto.

La correzione alla quale ricorse gli fu dettata dalla considerazione dei singoli risultati avuti, i quali gli dimostrarono essere il deficit funzionale dei reni direttamente proporzionale al numero delle unità diastatiche del sangue e inversamente proporzionale alla radice quadrata delle unità diastatiche delle orine.

Questo concetto espresso con una formola potrà essere rappresentato nel seguente modo:

$$\frac{x}{y}\ \frac{1}{\sqrt{y}} = \ldots \text{ (indice diastatico)}$$

in cui:

x = unità diastatiche nel sangue

y = unità diastatiche delle orine.

Avendo presente che il tasso diastatico del sangue oscilla normalmente tra 4-7 U. D., e che quello delle orine va da 6-7 a 33 U. D., e che a reni sani indipendentemente da qualsiasi altra causa esiste una certa relazione fra i valori minimi e massimi diastatici dei surriferiti mezzi, il valore dell'indice in questione non potrà altro che oscillare entro i seguenti termini:

$$\frac{7}{33}\ \frac{1}{\sqrt{33}} = 0.04 \text{ (indice normale minimo)}$$

$$\frac{4}{7}\ \frac{1}{\sqrt{7}} = 0.25 \text{ (indice normale massimo).}$$

Rispetto alla funzionalità renale ogni indice inferiore a 0.25 dovrà ritenersi normale: ogni indice invece superiore a 0.25 starà ad indicare un deficit della funzionalità in questione la quale sarà tanto più cattiva quanto più sarà elevato l'indice stesso.

L'A. ha in tal modo esaminato 50 casi di forme con scompenso renale e dal confronto colle prove funzionali più in uso (costante d'Ambard e fenosulfonftaleina) contemporaneamente eseguite avrebbe trovato che il suo indice risponde con grande sensibilità allo scopo prefisso.

Conclude affermando ch'esso non solo fornisce allo studioso un buon metodo di controllo da collocare accanto alle prove già note, ma ch'esso può essere eseguito anche in tutti i casi nei quali non è possibile di saggiare la funzionalità renale coi metodi suaccennati.

Dal punto di vista della tecnica di esame la prova dell'indice diastatico è oltremodo pratica; non richiede alcun speciale strumento, nè una speciale preparazione dietetica del paziente.

La sua esecuzione compreso il tempo in cui le provette devono rimanere in termostato non richiede più di un'ora di tempo. A. R.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. SANARELLI. *Nuove vedute sulle infezioni dell'apparato digerente*. 1 vol. in-8° di pag. VIII-184 con 28 figure nel testo. Roma, L. Pozzi editore, 1925. (Collezione « Monografie med.-chirurg. d'attualità »). Prezzo L. 25.

Dobbiamo incontestabilmente ai lavori sperimentali di Sanarelli le odierne conoscenze più precise e decisive circa la patogenesi delle malattie infettive dell'apparato digerente.

Il meccanismo patogenetico dei processi morbosi interessanti il canale alimentare è stato assai difficile a sviscerare, anche col sussidio delle più recenti conoscenze batteriologiche.

Da oltre un ventennio Sanarelli dimostrava, per primo, come l'infezione tifoide non sia localizzata nell'intestino, secondo si credeva (onde i nomi di tifo addominale, dotienenteria, ecc.); ma che si tratta, invece, di un'infezione generale. Le sue memorie su questo argomento sono veri modelli del genere e si leggono ancora con grande interesse.

La nuova concezione patogenetica, da lui così stabilita, si è decisamente affermata in medicina. Il valore fondamentale di essa è generalmente riconosciuto; ormai è divenuta così corrente, che non la si accredita più a nessuno! Bisogna cercare nei trattati il compito avuto dal Sanarelli nel compiere siffatta conquista scientifica.

La concezione patogenetica della febbre tifoide è stata estesa, successivamente, ad altre infezioni similari: ai paratifi, alle dissenterie bacillari, alle diarree estive, ecc.

Di recente il Sanarelli ha compiuto tutta una serie di ricerche molto interessanti e originali, sul colera. Esse estendono sempre più i trovati precedenti sul meccanismo patogenetico del tifo e portano una fondamentale innovazione nel concetto patogenetico del colera. Secondo i risultati sperimentali di Sanarelli, questa malattia non dev'essere più riguardata come un'infezione che si effettua per la via gastro-intestinale e che si svolge nel contenuto dell'intestino. Il contagio avviene, invece, attraverso la mucosa delle fauci. I vibrioni penetrano, così, nella circolazione sanguigna e linfatica, si dirigono all'intestino (enterotropismo) e lo colpiscono da tergo. È a danno delle pareti intestinali che i vibrioni colerigeni esplicano la loro azione, col concorso di altri germi (colibacilli, protei, ecc.), determinando la sindrome algida. Sanarelli dimostra che questa è di natura anafilattoide ed è caratterizzata da caduta degli epiteli: perciò egli la designa col nome di « epitallassi ». Nulla ha di specifico: si ripete quasi identica in altre affezio-

ni, come il *cholera nostras* e certi attacchi di appendicite acuta.

Le nozioni così stabilite dal Sanarelli sono state già accettate e confermate da più parti. L'epitallassi colerica, ottenuta sperimentalmente da Sanarelli, è ormai designata col nome di « fenomeno di Sanarelli ».

Ricerche ulteriori dello stesso autore concernono il carbonchio così detto interno o intestinale. Sanarelli ha dimostrato erronea la dottrina patogenetica stabilita dal Koch e da altri autori tedeschi. Egli ha dimostrato come intervenga, anche in tale caso, un'infezione generale. Questa si compie attraverso le prime vie aeree e digerenti: la lesione intestinale risulta di natura ematogena.

La primitiva concezione patogenetica di Sanarelli sulla febbre tifoide si è dunque rivelata vasta e comprensiva. Essa è venuta elaborandosi e adattandosi ed è certo suscettibile di ulteriori sviluppi. Sanarelli ha veduto chiaro, e, attraverso una copiosa produzione di ricerche sperimentali e una magnifica maturazione di pensiero, ha compiuto un'opera che è segnata di genialità.

In questo libro egli ha voluto offrire ai medici, condensandole e riordinandole, le sue esperienze, osservazioni e concezioni sulle infezioni dell'apparato digerente. Lo fa in modo ammirevole, con quello stile facile e corrente, eppure sobrio, che costituisce una delle sue prerogative e che c'induce a considerare il Sanarelli come uno dei nostri migliori scrittori medici. Egli esamina il problema con ricca documentazione e con sottile critica: le nuove nozioni ne balzano con eloquente evidenza. L'originalità si rivela in tutti i particolari; ma un senso di equilibrio e di misura domina tutta l'esposizione.

Si tratta di un lavoro meditato, denso d'idee nuove, ma ad andamento critico e circondato di cautele.

L'autore vi ha aggiunto alcune parti inedite integrative, oltremodo interessanti, come la teoria elettrocolloidale dell'eliminazione dei batteri nel lume intestinale. È questa una concezione interamente nuova, corredata di belle esperienze, e sovratutto coronata da applicazioni terapeutiche concernenti l'azione di certe acque purgative naturali sul microbismo intestinale. Questa dottrina, esposta ora per la prima volta, lumeggiata da ricerche dimostrative, verrà appresa con vivo interesse dai medici pratici.

Sono tanti gli argomenti condensati in questo volume, che esso costituirà a lungo una sorgente di utilissime cognizioni per tutti coloro che s'interessano alla patologia generale, alla batteriologia, alla profilassi ed alla terapia delle enteropatie di natura microbica. Molti problemi di patologia intestinale, oggi avvolti da oscurità o addirittura incompresi, vengono lumeggiati e definiti in questo libro, nel modo più semplice e messi alla portata di tutti i medici colti.

Le affezioni gastro-intestinali sono le più frequenti di quante colpiscano l'organismo: quindi il libro interesserà molti medici, desiderosi di approfondire le conoscenze sulla patologia e di precisare la terapia di queste affezioni. Sanarelli ha raggiunto pienamente lo scopo di dare una visione larga e precisa, organica e lampante dei complessi problemi patogenetici da lui risolti e delle applicazioni che ne derivano. Il suo libro reca l'impronta della originalità e della chiarezza.

Ne è annunziata una traduzione in francese, a cura della casa Masson, e se ne prepara una in tedesco.

Il solerte editore Pozzi va facendo con i suoi manuali vera opera di diffusione delle nuove correnti scientifiche verso la sana pratica.

V. ASCOLI.

A. RICHAUD. *Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie.* Masson, éd., Paris. Prix Fr. 40.

Il libro è alla sesta edizione e mantiene la medesima struttura delle edizioni precedenti. Libro destinato ai medici, tra le nozioni di farmacologia, l'azione farmacodinamica dei medicamenti e le applicazioni terapeutiche tengono il primo posto. Nell'edizione nuova sono segnati i progressi della terapia medicamentosa dai sali di bismuto ai colloidi, dagli ipnotici del gruppo dell'uretano e della malonilurea, alla medicazione opoterapica.

Il libro nelle sue 1008 pagine mantiene però il carattere dei « précis » tanto utili agli studenti.

T. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 28 giugno 1925.

Presidenza del prof. C. CAPEZZUOLI.

Sintonia patologica dell'addome destro (appendicite, ulcera piloro-duodenale, colecistite).

S. SOLIERI (Forlì). — L'O., in base alla osservazione di circa 2000 appendicitici operati, dimostra che la frequente coincidenza fra appendicite, ulcera peptica e colecistite, è legata da un nesso patogenetico che può bene essere interpretato in base ai riflessi provocati attraverso il simpatico ed il n. vago dall'appendice flogosata.

Illustra la importanza dul sussidio radiologico per lo studio e per la diagnosi di questi pazienti. Casi di gastropatia ipercrina, di ulcera peptica guarirono completamente e definitivamente a mezzo della semplice appendicectomia; la colecistite, una volta stabilitasi, non viene modificata dalla appendicectomia e richiede bene spesso intervento chirurgico diretto.

Nuovo segno diagnostico differenziale per le affezioni dolorose acute dell'addome.

E. MONDOLFO (Cesena). — Il sintomo che l'O. illustra consiste nella attenuazione o nella scomparsa del riflesso addominale sulla zona corrispondente al focolaio flogistico.

L'O. ritiene che questo segno, di facile rilievo e di assoluta obiettività, possa recare un utile sussidio nell'arduo compito della diagnostica differenziale nel campo delle affezioni acute dell'addome.

Fremito idatideo in cisti ovarica.

S. SOLIERI (Forlì). — Illustra un caso clinico in cui evidentissimo era il fremito idatideo, mentre trattavasi di una cisti ovarica non da echinococco. La cisti estirpata coll'intervento chirurgico mostrò caratteristiche speciali: era cioè formata da tre logge del tutto indipendenti l'una dall'altra contenenti liquidi diversi per densità, colore e corpuscolazione. Le pareti di una delle logge era esilissima, le pareti delle altre due un po' più spesse; il liquido era in tutte le cavità sotto alta tensione. La cisti dava il fremito anche estirpata; punta una delle cisti scomparve. L'O. constata come il fremito idatideo non possa quindi ritenersi pato gnomonico della cisti da echinococco.

P. PANTALEONI (Forlì). — *Il problema della lotta antitubercolare in Romagna.*

Esiti radio-terapici in diverse forme di neoplasia.

V. UTILI (Faenza). — Presenta ed illustra alcuni malati affetti da forme cancerigne, diverse per sede e per natura, trattati con i raggi Roentgen.

Senza affermare la guarigione definitiva l'O. si limita a presentare dei casi che in seguito ad una cura radioterapica si mantengono dopo molto tempo guariti ancora. Ripete il concetto già altra volta espresso, che la radioterapia è ancora l'unico mezzo in nostra mano per arrestare, modificare, influire beneficamente sullo sviluppo della terribile malattia, tanto da far sperare, che proseguendo su questa via si possa giungere a risultati ben più favorevoli per durata e per percentuale di curati.

Deve ritenere la radioterapia ancora superiore alla chirurgia, non tanto per i casi presentati, quanto per le constatazioni di ogni giorno. Non è sufficiente intervenire presto, come si afferma, nè intervenire generosamente: la recidiva è quasi sempre lì pronta a troncare ancor più presto tutte le speranze che l'intervento aveva ravvivate.

La *tecnica* seguita è la comune usata da noi nella cura del cancro. Raggi duri: 30-40 di scintilla equivalente. Filtro di 10+2 nelle forme profonde. Filtro graduabile nelle forme superficiali (5+1, 10+2). Sedute quotidiane o a giorni alterni di una-due ore, con 2 M. A. Secondo periodo dopo 3-4 settennarii. Terzo dopo due mesi e così per qualche tempo.

Contributo allo studio dell'« Eventratio diaframmatica »

M. LORETI (Imola). — L'O. ha illustrato un caso di eventratio diaframmatica studiato radiologicamente e trattato chirurgicamente, ed ha tentato di spiegare le ragioni per cui questo fatto morboso si osserva quasi sempre a sinistra (su 130 casi, 122 a sinistra ed 8 soltanto a destra).

Ha concluso:

1) che a parità di condizioni l'emidiaframma sinistro ha minore resistenza di quello destro perchè:

a) esistono due orifizi e quindi due locus minoris resistentiae, contro l'unico della parte opposta;

b) vi è preponderanza di tessuto muscolare, che sottoposto a continua compressione ed inibizine dell'attività fisiologica, diviene atrofico, non presentando in seguito più alcuna capacità di contrarsi e di resistere.

2) l'emidiaframma di destra è come frenato nei suoi movimenti e nella possibilità di espandersi:

a) dalla vena cava inferiore che intimamente aderisce al suo orifizio, mentre a sinistra l'esofago attraversa liberamente il diaframma e così pure in parte l'aorta;

b) dal fegato che protende a guisa di cupola;

c) dai legamenti falciforme, coronario e dai due triangolari;

3) lo stomaco in condizioni patologiche, può molto più facilmente del fegato a destra, provocare l'eventratio a sinistra;

4) la flessura splenica del colon a sinistra, secondo il concetto del FRANK, è una delle principali cause di eventratio.

O. SANTONOCETO (Forlì). — *Considerazioni sopra un caso di lussazione bilaterale del cristallino.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Segni oftalmici nelle comuni malattie nervose.

Sono moltissime le malattie che si rivelano con segni oculari; il gruppo più importante di esse appartiene però al sistema nervoso. Fra queste W. Fletcher Still (*Practitioner*, settembre 1925) prende in considerazione le seguenti.

Emicrania. La si può ritenere dovuta a disturbi angioneurotici della circolazione nella corteccia cerebrale sensoria. I pazienti che ne sono affetti hanno attacchi transitori e periodici di disturbi visivi, p. es., emianopsia, o scotomi, insieme con vizi di refrazione (astigmatismo miopico, eteroforia latente) ed un fondo dell'occhio normale. Il minimo sospetto di neurite ottica o di edema della papilla, associato a cefalea costante ed a diminuzione della frequenza del polso deve far considerare la possibilità di un tumore cerebrale; il vomito si trova tanto in questo come nella semplice emicrania. Questa può guarire con la correzione dei vizi oculari, ma talvolta è necessario che il paziente diminuisca il lavoro mentale o la fatica fisica.

Epilessia. Prima dell'accesso si ha la nota aura visiva; durante l'accesso si nota una contrazione fibrillare dei muscoli palpebrali, la perdita del reflesso congiuntivale e la midriasi. Dopo l'accesso, rimangono delle ecchimosi nella congiuntiva. Nell'intervallo gli occhi sono relativamente normali; vi è però di solito, una certa perdita della concentrazione visiva: gli occhi errano qua e là, oppure sono fissi su qualche oggetto insignificante. Nella epilessia jaksoniana, si nota spesso neurite ottica od atrofia postneuritica.

Sclerosi disseminata. Sintoma frequente e precoce è lo scotoma centrale per i colori oppure totale; le irregolarità della visione periferica sono spesso transitorie e così pure si osserva talora una cecità transitoria. Il fondo dell'occhio è di solito normale oppure con lieve atrofia della papilla. I disturbi visivi con dolore del bulbo sia nei movimenti che alla pressione indicano una neurite retrobulbare, che si osserva spesso nella sclerosi. Il vero nistagmo lo si osserva nel 50 % dei casi.

Tabe dorsale. L'atrofia ottica primaria ed il segno di Argill-Robertson (reazione della pupilla all'accomodazione ma non alla luce) sono spesso i primi segni che precedono di anni i tipici segni spinali. Le pupille sono di solito miotiche e spesso ineguali.

Demenza paralitica. I segni oculari non differiscono gran che da quelli della tabe. Vi è però un sintoma pupillare tipico che consiste nella alternata contrazione e dilatazione della pupilla per pochi secondi dietro lo stimolo di un piccolo pennello di luce. Tale segno si può trovare anche in pazienti semplicemente nervosi.

Encefalite epidemica. I sintomi obbiettivi possono essere: diplopia da paralisi dei muscoli oculari estrinseci, diminuzione dell'acutezza visiva, difficoltà di tenere gli occhi aperti. Numerosi sono i sintomi obbiettivi. Gli occhi sono tenuti soltanto parzialmente aperti; il paziente può, con uno sforzo aprirli del tutto, ma soltanto per breve tempo. Le congiuntive sono leggermente congeste, la cornea è leggermente opacata ed il suo riflesso è diminuito. Le pupille reagiscono lentamente alla luce ed all'accomodazione.

Quando le palpebre vengono rialzate, attivamente o passivamente, si nota un movimento lento laterale degli occhi. All'esame oftalmoscopico si riscontra soltanto la neurite ottica che può anche guarire ma che conduce talora alla cecità.

Neurastenia ed isterismo. È evidente che dai soli sintomi oculari non si farà una diagnosi esatta sebbene essi possano essere utili. Sono da considerarsi come neurastenici oculari quei pazienti dai 10 ai 30 anni che si lamentano di astenopia dopo un lavoro oculare non eccessivo. L'A. considera eccessiva la lettura prolungata per oltre un'ora dello Snellen n. 6; tali pazienti non resistono agli sforzi di accomodazione dei normali.

Sono da considerarsi come isterici quei pazienti che si lamentano di astenopia, senza eccessivo lavoro oculare, nè errori di rifrazione e con i muscoli estrinseci normali; se poi essi hanno l'accomodazione perfetta, sono da ritenersi probabili simulatori, poichè raramente gli isterici raggiungono i 10/10.

I sintomi dei neurastenici oculari sono puramente subbiettivi ed i difetti visivi soltanto funzionali, tutt'al più si potrà trovare un errore di refrazione. Tutti i sintomi che tali pazienti accusano possono trarre in inganno l'oculista il quale deve tener presente che quando un individuo accusa ambliopia da uno o da entrambi gli occhi si trova una concentrazione del campo visivo con fondo perfettamente normale, senza segni di glaucoma, si tratta di ambliopia nervosa e la diagnosi sarà confermata dal reperto del così detto campo spirale della fatica oculare.

Praticamente tutti i sintomi oculari possono essere simulati dall'isterico; l'oftalmoscopio, il perimetro e l'esperienza clinica salveranno l'oculista da errori in questo senso. *fil.*

L'orecchio medio come origine di sepsi cronica.

L'orecchio medio è breve, ma l'area di assorbimento è invece ampia quanto quella del seno sfenoidale e certo assai più che quella dell'ascesso dentale apicale. Nessuna maraviglia quindi che l'assorbimento del pus da esso si manifesti con sintomi di malattia in altre parti dell'organismo. E non è raro il caso di operazioni di mastoidite fatte per indicazioni puramente locali che hanno avuto un grande risentimento sulle condizioni generali di salute. E. Watson-Willimas (*Practitioner*, settembre 1925) cita diversi casi del genere di pazienti con sintomi di neurastenia, di perdita generale delle forze, di mialgia, di disturbi mentali e persino di accessi epilettici guariti o molto migliorati dall'operazione. In un paziente con ematuria, albuminuria, con pus, cilindri e stafilococchi nell'urina, l'operazione, fatta con anestesia novocainica, fece scomparire gradamente tutti i caratteri patologici dell'urina, e ristabilì totalmente il paziente.

Si deve quindi tener presente che, in ogni caso di assorbimento settico da qualche focolaio ignorato, va esaminato l'orecchio ed in ogni caso di otorrea cronica, quando si pensi alla possibilità di un atto operativo, non si debbono soltanto considerare le condizioni locali, ma anche i possibili risultati sullo stato generale.

fil.

Trattamento della meningite settica diffusa di origine otitica.

La meningite settica è una delle complicazioni più gravi e non rare delle otiti. Essa può essere postoperatoria, in sèguito a mastoidectomia per otite acuta o ad una cura radicale per otite cronica. Oppure può succedere fortuitamente a delle otiti acute o croniche, con inizio lento e progressivo ovvero brusco. L'esito è quasi sempre fatale ed i casi di guarigione sono eccezionali.

I grandi interventi complessi (drenaggio del ventricolo laterale, del quarto ventricolo, lavaggio spinoventricolare, ecc.) sembra non abbiano dato in questa grave evenienza nessun risultato; il drenaggio dello spazio sotto-aracnoideo darebbe dei risultati mediocri. Al contrario, secondo quanto afferma Parrocel (*Paris médical*, 30 maggio 1925) il trattamento del focolaio auricolare, le punture lombari, la vaccinoterapia, l'uso largo dei metalli colloidali avrebbe dato qualche caso di guarigione.

In presenza di una meningite settica, l'A. propone il trattamento seguente:

1) cura radicale, mettendo largamente a nudo le meningi cerebrali e cerebellari ed il seno laterale;

2) rispettare le meningi se sembrano sane, inciderle invece e drenarle se sono alterate. Rispettare il labirinto se esso è anatomicamente e funzionalmente sano, trapanarlo invece nel caso contrario;

3) ripetere le punture lombari (30-40 cmc.) quotidianamente ed anche due volte al giorno fino a che il *liquor* non dia più risultati positivi alla cultura. Iniettare nel rachide 10-20 cmc. di elettrargol ogni due giorni. Vaccino- ed autovaccino terapia endovenosa ogni due giorni.

fil.

Sepsi da micrococcus catarrhalis.

G. Endres e F. Schilf (*Münch. mediz. Woch.*, n. 18, 1925) l'uno per la parte clinica, l'altro per la parte batteriologica, descrivono un caso di setticemia da Micrococcus catarrhalis. Il caso è di un individuo che ricorse all'opera del medico dopo aver sofferto per quattro settimane di febbre continua e di edemi agli arti inferiori. L'esame obbiettivo rivelò un decadimento notevole delle condizioni generali, una endocardite mitralica, tumore di milza, emorragie retiniche, anemia secondaria. Nell'urina v'erano cilindri jalini ed emazie. Culture del sangue in brodo, in agar, in agar-sangue, in agar-sangue di Koch, in agar-ascite diedero colonie di micrococchi che vennero riconosciuti appartenenti al gruppo dei catarrali, non fermentando nè il Maltosio, nè il Destrosio, nè il Levulosio. La prova dell'agglutinazione mediante sieri specifici restò sempre negativa. Dopo una quinta settimana di piressia in cui il p. presentò fenomeni meningei, si ebbe l'obitus.

L'autopsia rivelò una endocardite verrucosa mitralica, focolai di nefrite embolica, un infarto anemico nella milza. Sia nelle vegetazioni endocardiche che nel rene vennero riscontrati accumuli di micrococchi del tutto simili a quelli isolati dal sangue.

Il caso è assai importante perchè aumenta le nostre conoscenze sulle positività patogenetiche del Micrococcus catarrhalis. Esso venne isolato in casi di meningite purulenta, in sputi pneumonici, nel pus da otite, nel pus da foruncoli. Il caso riportato è unico nella letteratura non essendo mai stata descritta una nefrite ed una endocardite da Micrococcus catarrhalis.

ROCCHI.

Trattamento delle ustioni con l'adrenalina. Azione battericida ed antisettica di tale sostanza.

B. Douglas (*Comptes-rendus de Biologie*, 6 febbraio 1925, fa rilevare quanto segue:

1) L'adrenalina esercita un effetto molto favo-

revole sulla evoluzione delle ustioni. Le scottature guariscono rapidamente con impacchi di soluzione di detta sostanza, senza febbre e senza fenomeni di intossicazione.

L'A. ha riscontrato tali effetti nell'uomo ed ha voluto controllarli sperimentalmente: In due serie di cavie praticò delle ustioni molto estese ed identiche in tutti gli animali sul dorso. Gli animali trattati con impacchi di adrenalina guarirono perfettamente, i controlli morirono tutti con lesioni tipiche censecutive alle ustioni (ipertermia ed infiltrazione dei gangli linfatici, dei polmoni, del tenue).

L'adrenalina è impiegata a tale scopo in soluzioni da 1-2000 a 1-10000 in impacchi ripetuti anche a lungo nelle ustioni estese, ed è assolutamente inoffensiva. Pertanto la cessazione brusca del trattamento adrenalinico può provocare disordini locali (congestioni) perciò bisogna adoperare delle soluzioni sempre più diluite.

L'adrenalina possiede un potere battericida ed antisettico molto netto. L'Autore ha potuto mettere in evidenza tale potere con osservazioni in vitro. L'azione battericida è stata constatata per i piogeni in generale, per lo streptococco emolitico, per lo stafilococco, il piocianeo, il B. coli, il bacillo del tifo.

2) L'azione favorevole dell'adrenalina nelle ustioni si esplica senza dubbio per le sue proprietà vasocostrittive.

L'A. ha potuto seguire nell'uomo dopo una iniezione di adrenalina nella flittena da ustione col microscopio biloculare l'estensione della vasocostrizione e l'arresto della congestione provocata dalla ustione. Così secondo l'A. l'adrenalina esercita una azione favorevole nelle infezioni creando localmente una azione sfavorevole al pullulare dei microrganismi ed all'assorbimento dei loro prodotti. VIOLATO.

Trattamento dei versamenti articolari traumatici con l'aspirazione e la mobilizzazione.

Il metodo è stato applicato per molti anni da W. M. Brickner (*Am. Jour. of Surg.*, febb. 1925), ottenendo sempre buoni resultati, specie nelle sinoviti del ginocchio. Nelle sinoviti dell'anca il successo è meno brillante, perchè la tumefazione è qui data in gran parte dall'edema extra articolare.

Coll'aspirazione precoce si mitiga il dolore, si permette alla capsula di contrarsi, e si ha la possibilità di eseguire qualche movimento, riducendo di molto le probabilità di una lesione permanente articolare.

Nella sinovite del ginocchio si procede nel seguente modo: L'articolazione è svuotata il meglio possibile, dopodichè si applica una fasciatura ben aderente. Il malato resta in letto o cammina con le grucce.

Dopo 24-48 ore la fasciatura è tolta e si comincia a far qualche movimento. Se il versamento si riproduce si rinnova l'aspirazione e la fasciatura. Dopo una settimana, non essendosi più riformato liquido, i movimenti sono ripresi del tuttò, facendo portare al malato dei pesi.

In tutti i casi bisognerà però preventivamente escludere colla radiografia che vi siano delle lesioni ossee a carico dei corpi articolari.

M. FABERI.

Come trattare la cistite tubercolare.

Il bleu di metilene, del quale sono note le proprietà antisettiche e antinevralgiche, è stato da Blanc (*Gazz. des Hôpitaux*, n. 56, 14 luglio 1925) usato in parecchi casi di cistite tubercolare.

L'A. si è servito di una soluzione all'1 % di bleu di metilene nel siero artificiale (in maniera da aumentare, per la isotonicità del liquido, la facoltà d'impregnazione della sostanza colorante) e ha eseguito istillazioni vescicali da 5 a 10 cmc., secondo la capacità della vescica, poichè dopo l'istillazione il malato deve trattenere l'urina il più possibile.

Sovente bastano 4 o 5 istillazioni, che saranno fatte ogni due giorni nei casi acuti, ogni quattro in quelli meno gravi.

Non si conosce ancora perfettamente perchè il bleu di metilene agisca su tali lesioni; certo si è che l'effetto è rapido e la pollachiuria e i dolori vengono facilmente calmati.

Anche la capacità vescicale aumenta, in modo che, divenuta possibile la cistoscopia, si può constatare l'effetto elettivo del bleu sulle lesioni vescicali e vedere come le ulcerazioni, le parti che hanno perduto il loro epitelio di rivestimento, le minime effrazioni della mucosa assorbono la sostanza colorante, restandone poi impregnate.

A. POZZI.

NOTE DI TECNICA.

Metodo di concentrazione per l'esame degli espettorati.

Il reperto di bacilli di Koch nell'espettorato è la sola prova sicura per la diagnosi di tubercolosi.

Però il comune metodo di ricerca mentre risponde molto bene quando i bacilli tbc. sono abbondanti, nei casi in cui questi sono scarsi, può fornire anche dei risultati negativi.

Molti metodi sono stati proposti per determinare la concentrazione dei bacilli, ma nessuno di essi

aveva dato finora buoni risultati. Recentemente Andrus (*Canad. med. ass. Journ.*, luglio 1924) ha cercato di provocare la concentrazione dei bacilli separandoli dall'espettorato per mezzo d'idrocarbonati volatili. In tal modo è riuscito ad osservare bacilli in grande quantità, in casi in cui mentre gli esami precedenti erano stati positivi, successivamente il reperto bacillare era divenuto negativo.

Ugualmente in soggetti clinicamente tubercolari ma con espettorato negativo, l'A. ha avuto reperto positivo nel 58 % dei casi.

A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Teoria sul diabete e sull'azione dell'insulina.

Il diabete è costituito da un disturbo del meccanismo regolatore che presiede al metabolismo degli idrati di carbonio. Ma l'elemento essenziale, che all'organismo importa che sia regolato, non è il glucosio quale si trova nel sangue, ma *l'idrato di carbonio utilizzabile*, ed in particolare l'acido exosifosforico o lattacidogeno, che è, per Embden, l'alimento energetico necessario del muscolo. Per assicurare ai tessuti una razione permanente e sufficiente di idrati di C direttamente utilizzabili, esiste tutta una serie di meccanismi regolatori: un primo presiede alla trasformazione del glucosio sanguigno in idrato di C utilizzabile; ma, in caso di lavoro muscolare intenso, la provvista del glucosio del sangue sarebbe esaurita in 4 minuti circa, se un secondo meccanismo non ne assicurasse il rifornimento a spese del glicogeno epatico (meccanismo nervoso, secondo le esperienze di Cl. Bernard, ed endocrino, come è provato dalla iperglicemia adrenalinica).

Il glicogeno epatico stesso non potrebbe soddisfare i bisogni dell'organismo per più di due ore, se altri meccanismi regolatori non impedissero l'esaurimento delle riserve permettendo l'utilizzazione dei grassi, la cui disintegrazione conduce alla formazione del glucosio, e dei corpi acetonici. Nel diabete il disturbo essenziale colpisce la trasformazione del glucosio in idrato di carbonio direttamente utilizzabile, la cui diminuzione si accompagna a un aumento della glicemia, a un consumo eccessivo del glicogeno epatico, a una disassimilazione esagerata dei grassi con eccesso di corpi acetonici. Vi può essere, nei diabeti gravi, anche un disturbo tessurale che inibisce la combustione stessa dell'idrato di C: ma questo non è il fatto fisio-patologico fondamentale.

L'azione dell'insulina si comprenderebbe bene con questa ipotesi: la insulina attiva il passaggio dal glucosio all'idrato di C direttamente utilizzabile (Andova e Wagner hanno osservato l'aumento del lattacidogeno dopo l'iniezione di insulina). Per questo fatto tutti i meccanismi regolatori funzionano in modo inverso a quanto avviene nel diabete: la glicemia si abbassa, le riserve di glicogeno si ricostituiscono nel fegato, il metabolismo dei grassi torna normale, il quoziente respiratorio si rialza.

L'abbassamento del fosforo sanguigno constatato dopo l'iniezione di insulina si spiegherebbe con la formazione di una maggiore quantità di lattacidogeno.

All'infuori di questa azione fisiologica la insulina favorisce la glicogenolisi, o la produzione di zucchero a spese dei grassi? Fleisch (*Schweiz. mediz. Woch.*, t. LIV, n. 49, rifer. in *Presse méd.*, 1925, n. 13) non lo pensa, ma suppone che essa possa attivare le combustioni stesse, poichè ha visto che essa attiva la riduzione del bleu di metilene, ed aumenta, *in vitro*, la produzione dell'acetaldeide, prodotto intermediario della combustione dell'acido lattico.

A. PICCINELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della « uretrorrea ». — All'abb. 8089:

Se ciò che l'abbonato chiama uretrorrea è dovuto ad un'antica uretrite blenorragica non ancora guarita, è necessario curare questa con i consueti sistemi (lavande vescico-uretrali od istillazioni nell'uretra posteriore di sali di argento, dilatazioni graduali metodiche dell'uretra, ecc.).

Talora peraltro gli stati di depressione nervosa in genere e la debolezza sessuale in ispecie sono accompagnati da prostatorrea (emissione di liquido prostatico durante la defecazione o alla fine della minzione); in questi casi, oltre le consuete cure tonico-ricostituenti giovano i massaggi prostatici e le applicazioni fredde sulla prostata mediante il *perfrigeratore anale*, ecc.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 5445:

Consulti: F. DI COLO. *Manuale pratico per l'imbalsamazione umana.* Hoepli, ed., Milano.

fil.

Al dott. D. Del Duca:

Non esiste un libro che tratti solamente della fonendoscopia. Sul vecchio, ma pur sempre buono e classico, *Manuale dei metodi fisici di esame* di EICHORST, vi è un lungo capitolo del traduttore dedicato alla fonendoscopia.

fil.

VARIA.

Il raffreddore.

Il raffreddore rappresenta una delle più comuni malattie, che provoca il maggior numero di assenze dalle scuole e dal lavoro. In una recente statistica delle scuole di Washington, si è veduto di fatto che il 70 % delle assenze era dovuto a cause mediche e che il 40 % era dato da affezioni dell'apparato respiratorio. Cifre ancora più probative danno le società di assicurazione; per una di esse, con 2000 soci, si sono avuti, in 300 giorni lavorativi, 651 assenti con 1202 giornate perdute. La Metropolitan Life Insurance Company, sopra 1000 assicurati ha avuto nel periodo di un anno 420 assenti con 6233 giornate perdute, sempre per il solo raffreddore; si calcola che questo, per Chicago, rappresenti una perdita annua di sette milioni e mezzo di dollari, senza tener conto dei disagi e del malessere che non possono venire calcolati in moneta sonante. Vale quindi la pena di preoccuparsi di questa malattia più che non si sia fatto per il passato per vedere di evitare i danni che essa porta.

Lo studio dell'andamento dell'epidemia dimostra che essa subisce delle variazioni che sono state trovate sincrone a S. Francisco, New Orleans, Chicago, Boston e Washington e cioè si ha una prima ondata verso la fine di ottobre, poi una diminuzione sino alla fine di dicembre, uno sbalzo nella prima settimana di gennaio, seguito da una graduale diminuzione. Nelle statistiche non sono separati i casi di raffreddore da quelli di bronchite, polmonite, influenza, ma i primi rappresentano indubbiamente l'assoluta maggioranza. Sopra 1272 individui osservati, il 90 % ebbe raffreddori durante il periodo di otto mesi; fra questi, il 7.7 % ebbe febbre, l'83.1 % secrezione nasale, 62.6 % ostruzione nasale e 25 % mal di gola. Non è risultata chiara l'influenza di nessun fattore ritenuto patogeno (tabacco, dieta, respirazione per la bocca, correnti d'aria, costipazione, ecc.); non sembra che la chirurgia nasale e la tonsillectomia abbiano portato una riduzione negli attacchi acuti.

Fra i diversi studi fatti per trovare un possibile germe specifico, sono interessanti quelli di Kruse e Foster che hanno raccolto la secrezione nasale ed, agitatala con soluzione fisiologica, l'hanno filtrata attraverso le Berkefeld, introducendo poi 3-6 gocce del filtrato nelle narici di dieci individui; in nove di questi, si ebbe, entro 8-30 ore lo sviluppo di un raffreddore tipico. L'esperimento fu poi ripetuto con i filtrati delle colture fatte con la secrezione nasale e diede risultato positivo in tutti gli undici individui in cui venne fatto. Sembrerebbe quindi assodata l'influenza patogena di un virus filtrabile. Per lo sviluppo del raffreddore entrano poi in giuoco altre cause, quali l'esposizione al freddo ed all'umidità, la vita in ambienti miseri, gli abiti inadatti.

Come osserva G. B. Rice (*Boston med. and surg. journal*, 14 maggio 1925), la patologia del raffreddore è abbastanza nota. Nel primo stadio, si ha la contrazione dei vasi sanguigni e la diminuzione di attività delle ghiandole mucose; in seguito invece i vasi sanguigni si dilatano, le ghiandole entrano in grande attività e ne risulta l'ostruzione respiratoria e lo stadio catarrale con secrezione mucopurulenta spessa. Da ultimo si ha la risoluzione oppure la diffusione del processo ai seni, al nasofaringe, alla laringe, alla trachea, ai bronchi, alle orecchie. I sintomi generali, come febbre, prostrazione, cefalea, dolori alla schiena ed agli arti, dipendono dalle tossine assorbite durante lo stadio d'infezione.

Nel primo stadio, sono utili le irrigazioni calde, non già fatte con forza o con il polverizzatore, ma usando una siringa od una doccia nasale e curando che la corrente di ritorno abbia libero deflusso. Utile è altresì l'applicazione di un tampone di cotone imbevuto con un sale d'argento, da lasciarsi contro il turbinato medio per 10-30 minuti. Anche l'applicazione di unguenti nasali può essere giovevole.

Ancora oggetto di discussione è il trattamento col cloro gassoso in opportuna diluizione. È un fatto assodato che l'azione del gas non può intendersi nel senso che esso uccida i germi, in quanto che sarebbe necessario per questo una concentrazione che risulterebbe tossica per l'individuo. Alcuni autori se ne dimostrano entusiasti, come Veider e Sawyer che (*Journ. amer. med. assoc.*, 8 marzo 1924) ottennero guarigioni nell'81 % di bronchiti acute, nel 78 % di laringiti acute e nel 100 % di laringiti croniche.

L'accordo non è certamente raggiunto per quanto riguarda l'azione dei vaccini, per i quali va certamente sconsigliato l'uso indiscriminato degli stock-vaccini. Quelli autogeni possono essere utili per la profilassi e per il trattamento nello stadio acuto e catarrale.

In complesso, si deve ritenere che il raffreddore spesso ha inizio da cambiamenti termici, da inalazioni di sostanze irritanti e si manifesta con una iperemia non infettiva che può anche abortire; in seguito si ha una vera infiammazione e l'infezione; il raffreddore si stabilisce come un processo infettivo comunicabile ad altri. Si comprende che la cura di malformazioni o di alterazioni del naso, gola sia un passo utile per la profilassi e così pure l'evitare il tabacco e gli stimolanti, l'uso di abiti adatti e l'effetto stimolante dei bagni freddi, per aumentare la resistenza. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

CONTROVERSIE GIURIDICHE

LXIX. — Efficacia delle norme dei regolamenti organici e dell'obbligo assunto dal Comune circa il pagamento della Ricchezza Mobile per gli impiegati.

La Corte di Cassazione del Regno, II Sez. civ., con sentenza 18 aprile 1925 — nella causa Comune di Monteleone Calabro contro Papandrea — ha risoluto due importanti questioni: l'una circa la efficacia delle norme dei regolamenti organici; l'altra circa la validità dell'obbligo di corrispondere agli impiegati lo stipendio al netto della R. M.

I rapporti giuridici tra gli enti autarchici e i propri impiegati sono disciplinati normalmente dal regolamento organico. L'ente che, attraverso il regolamento o con altro provvedimento, assunse un dato impegno, non può sottrarvisi, salvo che dimostri che la norma non è più in vigore o è contraria alla legge. Questa risoluzione, che ha fondamento sui princìpi generali del diritto concernenti i rapporti obbligatori, trova larga applicazione nei più svariati casi. In sostanza, la norma del regolamento o, in genere, della deliberazione dalla quale sorge un obbligo del Comune è fonte del correlativo diritto per l'impiegato e il Comune deve osservarla, sinchè essa è in vigore. Il regolamento può essere modificato, ma con le forme e con le approvazioni che sono richieste per la formazione di esso; sino a quando l'abrogazione o la modificazione non è perfetta ed efficace, vale la vecchia norma. La Corte di Cassazione considera inefficace anche la disposizione che, *pur approvata in forma regolare*, sia però contraria alla legge. Questa risoluzione può sembrare discutibile a prima vista; ma è giuridicamente corretta, perchè il potere regolamentare è limitato e deve svolgersi entro l'ambito della legge: una disposizione contraria ad essa sarebbe intrinsecamente invalida ed inefficace. Così per es. sarebbe improduttiva di effetti la disposizione di un regolamento che, per il periodo di prova, stabilisse una durata maggiore o minore di quella legale o che considerasse non valutabile il servizio interinale, ecc. Qui la nullità è evidentissima perchè si tratta di norme contrarie a disposizioni imperative di legge.

Più importante è l'altra risoluzione. È noto che la prassi amministrativa e il Consiglio di Stato in sede consultiva considerano inefficaci le disposizioni delle deliberazioni o dei regolamenti comunali che stabiliscono lo stipendio al netto della R. M. La Corte di Cassazione si è trovata di fronte ad una deliberazione, regolarmente approvata, la quale attribuiva al Comune l'obbligo di pagare la R. M. sugli stipendi dei propri impiegati. Il caso era particolarmente interessante perchè si trattava di un Comune che eccedeva il limite legale della sovraimposta. La Corte di Cassazione ha considerato e dichiarato valido l'impegno contratto dal Comune ed ha soggiunto che tale validità non viene meno per il fatto che il Comune supera il limite legale della sovraimposta, specialmente se il giudice di merito, con apprezzamento incensurabile, abbia ritenuto che l'onere del pagamento della imposta di R. M. sia stato dal Comune assunto in vista della tenuità degli stipendi corrisposti ai propri impiegati.

Qui si presenta un'altra questione: ammessa la validità dell'obbligo assunto, può il Comune revocare, con effetti s'intende per l'avvenire, la deliberazione che è fonte dell'obbligo stesso? Tale questione non si presentava alla Corte di Cassazione. Io inclino a ritenere che la deliberazione concernente l'obbligo del pagamento della R. M. costituisca fonte di un diritto quesito dell'impiegato e che il Comune non possa sottrarsi al relativo obbligo. In un caso è però ipotizzabile una soluzione diversa: qualora il Comune riveda e modifichi tutto il trattamento economico e, assicurando nuovi e maggiori vantaggi al medico condotto, concedendo, per es., un aumento di stipendio, stabilisca le nuove condizioni.

LXX. — Pubblicazione e modificazione dei regolamenti.

La legge non stabilisce norme speciali per la pubblicazione dei regolamenti comunali. Si deve quindi ritenere che sia richiesta soltanto la pubblicazione prescritta per le deliberazioni. Pertanto i regolamenti, in quanto contengano provvedimenti d'ordine generale, non esigono notificazione individuale; per essi la pubblicazione nell'albo pretorio basta a produrre effetti *erga omnes*. Soltanto le deliberazioni riguardanti singoli individui o singoli enti devono essere notificate agli interessati. Questa massima adottata dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 6 febbraio 1925 n. 69, è discutibile qualora il regolamento contenga disposizioni che tocchino interessi di individui. Per es., nel caso deciso si trattava di un regolamento concernente i nuovi organici; il

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico**

ricorrente produsse ricorso alla G. P. A. dopo la notificazione dell'inquadramento di lui negli organici nuovi, e il ricorso fu dichiarato tardivo. Ma è da osservare: se il regolamento riguardava direttamente l'interesse dell'impiegato, se cioè conteneva già la norma concreta dalla quale l'inquadramento direttamente derivava, quel provvedimento avrebbe dovuto essere notificato all'interessato, a norma del regolamento di procedura 17 agosto 1907 n. 643. Se invece si trattava di una norma generale, la notificazione non era necessaria ma non decorreva nemmeno il termine per il ricorso, in quanto l'interesse dell'impiegato non era ancora concretamente leso.

Comunque, è opportuno tener presente la risoluzione del Consiglio di Stato, che noi desumiamo dalla decisione mancandoci i particolari di tutta la controversia così come si presentava al giudizio di esso. Conviene tenerla presente come norma di condotta pratica in tutti i casi in cui siano deliberati regolamenti organici dai quali direttamente derivi o possa derivare un effetto sulla carriera e sulla posizione dell'impiegato. In tal caso si deve tener conto della data della pubblicazione nell'albo pretorio. Soltanto l'esperto legale potrà poi dire se è necessario ricorrere immediatamente o se si debba attendere un provvedimento ulteriore.

LXXI. — Effetti dell'annullamento dei risultati di un concorso.

Annullati dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale i risultati di un concorso, per vizio della graduatoria o per altro motivo attinente al procedimento, ma fermo rimanendo il relativo bando, l'amministrazione deve far procedere a un nuovo esame dei titoli dei concorrenti. In tal caso, di fronte al fatto che alcuni di essi abbiano ritirato i titoli dopo l'espletamento del concorso, il Comune può stabilire un nuovo termine per la presentazione dei titoli stessi al fine di mettere tutti i concorrenti in condizioni di uguaglianza. Non possono però essere presentati titoli posteriori alla scadenza del primo termine stabilito nell'avviso del concorso o comunque titoli nuovi.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, così sostanzialmente decidendo con sentenza 21 febbraio 1925 n. 264, ha fatto corretta applicazione dei princìpi giuridici che regolano gli effetti dell'annullamento e le condizioni di uguaglianza di tutti i concorrenti. Annullato il risultato di un concorso, il Comune non può considerare esaurito il concorso stesso e non può procedere ad un nuovo bando. Tutti gli atti anteriori all'ultimo atto dichiarato illegittimo e perciò annullato, rimangono pienamente efficaci. Il Comune è obbligato a riprendere il procedimento, ai fini della nomina definitiva, incominciando la rinnovazione del procedimento stesso dall'ultimo atto nullo. A questo obbligo il Comune non potrebbe sottrarsi nemmeno se alcuni dei concorrenti non ripresentassero i documenti nella seconda fase del procedimento.

LXXII. — Facoltà di scelta per auto-determinazione.

Se nell'avviso di un concorso sia detto che la nomina (nel caso in esame, nomina a medico chirurgo direttore di ospedale) sarà fatta con le stesse modalità e condizioni stabilite per i medici condotti, l'amministrazione ha libertà di scelta fra gli idonei a norma degli articoli 30 del T. U. delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 236 e 25 del regolamento 19 luglio 1906 n. 466, non potendo la portata di tale clausola essere intesa come semplice indicazione dell'organo che deve procedere alla nomina, della durata della nomina e così via. In questo caso la facoltà di scelta non deriva direttamente dalla legge ma è effetto di un'autodeterminazione del Comune stesso.

Se sia prescritto nel bando che un aspirante deve provare di aver compiuto il servizio effettivo di assistente medico chirurgo e quello successivo di aiuto chirurgo presso un grande ospedale del Regno o R. Istituto Clinico, con regolare nomina, il concorrente deve dimostrare di aver compiuto il servizio stesso per tutta la durata per la quale è stabilita la nomina di aiuto secondo il regolamento dell'ospedale o R. Istituto clinico in cui ha esercitato l'ufficio di aiuto.

Questi criteri si desumono dalla decisione 20 marzo 1925 n. 278 della IV Sezione del Consiglio di Stato.

LXXIII. — Servizio di supplenza.

È servizio interinale, da computarsi agli effetti del biennio di prova, ai sensi dell'art. 36 del decreto L. 30 dicembre 1923 n. 2889, il servizio prestato a titolo di supplenza in un posto occupato dal titolare (Consiglio di Stato, Decreto 13 febbraio 1925 n. 98 conforme alla decisione della stessa sezione 18 giugno 1915 e della IV Sezione 6 ottobre 1916).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per il titolo di specialista.

Su i giornali professionali ferve la polemica sulle norme che il Governo dovrà emanare in applicazione all'articolo di legge sul conferimento del titolo di specialista. I più sono consenzienti con i criteri esposti dalla Presidenza della Federazione degli Ordini, criteri in base ai quali si tengono in considerazione gli interessi di quei medici, che pur non rientrando nelle categorie determinate dalla legge per il conferimento del titolo di specialista, esercitano notoriamente e da un certo tempo una speciale branca della medicina.

Il prof. Gallenga in uno degli ultimi Bollettini della Federazione ha, da par suo, riassunto la quistione e chiarite le ragioni che militano in favore del progetto elaborato nei sensi su esposti.

Noi troviamo che le sue spiegazioni sono pienamente convincenti, in quanto la Presidenza si è inspirata a plausibili criteri di equità e di opportunità, che del resto erano stati sempre seguìti ogni qual volta si è trattato di applicare nuove leggi in materia di esercizio professionale. Ricordiamo al riguardo il trattamento fatto ai vecchi ragionieri e più tardi agli architetti e ai dentisti, cui fu concesso *ex lege* il conferimento del titolo e l'autorizzazione a continuare l'esercizio della professione, quantunque non forniti di alcun titolo di studio o diploma accademico.

Ma anche se non fossero tali precedenti, il cui valore etico e giuridico non è discutibile, i medici esercenti da qualche tempo una determinata specialità hanno ben altri titoli di considerazione. In effetti essi non si trovano nelle condizioni dei ricordati ragionieri, dentisti ed architetti: essi hanno seguìto un corso regolare di studi e sono muniti di un titolo che fino a poc'anzi li autorizzava ad esercitare qualsiasi branca dell'arte sanitaria, la medicina generale e la chirurgia, l'ostetricia e l'oculistica, l'otorinolaringoiatria e la psichiatria. E ci sarebbe da domandare se sia proprio equo toglier questo diritto legalmente acquisito ai laureati prima dell'emanazione della legge in quistione.

Questa limitazione degli attributi della laurea dottorale dovrebbe riguardare i nuovi e non i laureati *ante legem*.

L'estensione di sì fatti criteri dovrebbe equamente portare, e forse con più fondamento di ragione, alla limitazione dei diritti inerenti alla libera docenza conseguita quando il conseguimento della libera docenza era una pratica, diciamo così, meno seria di quel che era la laurea stessa.

È ben noto che la libera docenza era un semplice atto di volontà da parte degli aspiranti e che come il sigaro e la croce di cavaliere non si negava a nessuno, ed è noto pure che sì fatti abusi portarono al decadimento della istituzione, che pure aveva tante benemerenze e tanti titoli di nobiltà.

Ora noi assumiamo che se è stato riconosciuto il titolo di specialista a coloro che conseguirono la libera docenza in sì fatte condizioni, non si può negare lo stesso titolo, e quindi il diritto alla vita, a coloro che hanno seguìto la via segnata dalla legge modestamente sì, ma certo non meno degnamente di altri, in quanto il loro successo è stato determinato non dall'esibizione di titoli accreditanti, ma dal loro valore intrinseco.

E ciò sia detto con sopportazione di quanti pretenderebbero sottoporre ad un esame di abilitazione i canuti specialisti senza libera docenza.

Ma a parte queste ragioni di equità e di giustizia, vi sono interessi di classe e necessità sociali che non consigliano a ridurre il numero degli esercenti le specialità.

La classe medica è pletorica ed i generici ne costituiscono la massa prevalente. Il numero degli specialisti è invece limitatissimo, mentre le necessità della indagine clinica e della terapia aumentano sempre più, e con esse le richieste del pubblico.

Alcune specialità offrono ancora un vasto campo di sfruttamento, e coloro che vogliono riservarsi questo campo dimostrano una buona dose d'egoismo, che non è affatto sacro anche se ammantato di nobili sentimenti d'umanità.

Bene ha fatto quindi la Presidenza della Federazione degli Ordini a prendere posizione ed a mantenersi salda su di essa. Il dovere di tutelare equamente gli interessi di tutti i medici non poteva segnarla altra via. *Pangloss.*

Cronaca del movimento professionale.

Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani.

Con R. D. in data 17 settembre 1925, n. 1709, pubblicato nel Bollettino del Ministero della P. I. del 30 ottobre u. s., l'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani, viene eretta in ente morale e se ne approva il relativo Statuto.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BORGORICO (*Padova*). — Concorso posto medico. Stip. L. 9000. Caro-viveri secondo regolamento. Indenn. caval. L. 3000. Rimborso ambul. L. 840. Conduzione L. 600. Documenti di rito. Scadenza 30 novembre.

BRESCIA. — *Spedali civili.* — Sei posti di medico assistente, L. 4500; c.-v. di L. 1200. Nomina per un anno, con eventuali conferme per non oltre un triennio. Età mass. 30. Alloggio in ospedale od indennità; L. 10 e vitto per ogni giornata di guardia; interessenza nei proventi per pronto soccorso. Scad. 30 novembre.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — 2ª cond.; a tutto 25 nov.; L. 8000 e 5 quadr. dec.; c.-v.; L. 1000-3000 trasp. Tassa L. 50.10. Età 25-45 a. Il conc. non sarà ritenuto valido se non vi parteciperanno almeno 5 concorrenti. Serv. entro 20 gg.

CREMONA. — *Manicomio Provinciale.* — Medico di prima e seconda classe. Rispettivamente L. 14 mila e 13,000 con 5 quadrienni del dec. Abitazione ed ortaglia nello stabilimento dietro corresponsione di L. 500. Età mass. 40. Facilitazioni agli impiegati della Provincia, ex-combattenti. Concorso per titoli. Biennio di prova. Scad. 20 nov. Assunzione entro 15 giorni.

ESPERIA (*Caserta*). — Cond. per le frazioni di S. Pietro e Monticelli; L. 7000 con cinque quadrienni del 1/10; età mass. 40 a. Scad. 30 nov.

FIVIZZANO (*Massa Carrara*). — L. 9000, con 5 quinquenni del 1/10; cav. L. 1500; c.-v. Scad. 25 novembre.

FORLÌ. — Ufficiale sanitario. L. 14,000 indenn. servizio attivo 2000, con supplemento temporaneo di altre 2000, doppio c.-v.; 10 bienni del ventesimo. Età mass. 45. Scad. 30 nov.

GARBAGNATE (*Milano*). — Vedi fasc. 44. Scad. 28 novembre.

GRADO. — Proroga del concorso al 20 novembre, L. 8000; oltre L. 3000 per indennità alloggio; c.-v.; 4 quadrienni del dec. Età mass. 40 a.

IESI (*Ancona*). — La scadenza del concorso per medico e chirurgo primario del locale Ospedale Diocesano è prorogata alle ore 17 del 15 nov.

LUCITO (*Campobasso*). — Condotta per i poveri (circa 50); L. 5500 (*sic!*) aumentabili di un dec. per ogni quinquennio. Scad. 20 nov.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — 4189 ab.; luogo montano, di villeggiatura; comode strade carrozzabili. Per 1000 poveri L. 8000; L. 5 per ogni pov. in più. Indenn. trasporto: 3500 (automobile o cavallo); 2000 (motocicletta); 1000 (bicicletta). Aumenti del dec. ogni quadriennio. Scad. 30 nov. Servizio entro 30 giorni.

PIOMBINO (*Pisa*). — Ufficiale sanitario. L. 15,000 oltre L. 5000 per l'incarico di medico scolastico; c.-v., 5 quadr. del dec. Vietato l'esercizio professionale. Esami presso l'Università di Pisa, secondo norme e programmi del 28 genn. 1923. Età massima 45, salvo le eccezioni del R. D. 17 giugno 1923 e dell'art. 26 del R. D. 30 dic. 1923. Elenco dei titoli in doppia copia. Scad. 20 dic. Assunzione del serv. entro 30 giorni dalla nomina. Domanda alla R. Prefettura di Pisa.

REGGIO CAL. — Radiologo all'Istituto Diagnostico; L. 10,000 e 20% partecipazione entrate lorde. Eventualmente esami. Dovrà occuparsi anche di diatermia, elettroterapia e raggi ultravioletti. Domande all'Associazione Naz. Interessi Mezzogiorno d'Italia, Roma, via Monte Giordano 36 (palazzo Taverna) entro il 15 nov. Informazioni dal direttore dell'Istituto, dott. Pietro Timpano, via Acacia, Reggio Calabria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — Concorso a 15 posti di tenenti medici in S. A. P. Vedi fasc. 36. Scad. 15 nov.

TORINO. *O. P. Ospedale S. Luigi Gonzaga.* — Chirurgo primario e medico primario. Vedi fascicolo 44. Scad. 20 nov.

VARAPODIO (*Reggio Calabria*). — L. 8000 e L. 600 per uff. san. Scad. 15 nov.

VIBONATI (*Salerno*). — Scad. 14 nov.; età lim. 45 a.; L. 6500 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; c.-v.

VILLA S. LUCIA (*Caserta*). — Al 30 nov.; L. 8000 oltre L. 2400 cavalc. e L. 500 uff. san.; 5 quadr. decimo. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Docum. a 3 mesi dal 30 ott. Serv. entro 15 gg.

SCUOLA MEDICA OSPITALIERA DI ROMA.

Il Comitato Direttivo della Scuola Medica Ospitaliera di Roma ha istituito un premio di L. 1000 per il miglior lavoro clinico originale, eseguito nella Scuola e non pubblicato, che sarà presentato da allievi della Scuola stessa entro l'anno scolastico 1925-26. Di esso, a giudizio della Commissione esaminatrice, sarà curata la pubblicazione sulla Rivista Ospitaliera.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al prof. G. Mingazzini, nominato nei giorni decorsi membro onorario delle Società Neuropsichiatriche di Estonia (Dorpat) e di Romenia (Bukarest), è stata conferita dall'Università di Amburgo, *honoris causa*, la medaglia d'oro. Questa è stata conferita contemporaneamente anche ai professori Castex e Araoz Alfaro dell'Università di Buenos Ayres, al dott. Münnich (Valparaiso) e al presidente della Repubblica di Venezuela, dottor Gomez. Vive congratulazioni al nostro illustre connazionale da parte del « Policlinico ».

Il dott. cav. Giulio Cozzoli, è stato recentemente insignito della medaglia di argento dei Benemeriti della Croce Rossa Italiana per la propaganda spiegata nella provincia a favore dell'istituzione.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

XIV Congresso Stomatologico Italiano.

Si è tenuto a Fiume dal 10 al 14 settembre sotto l'Alto Patronato di S. E. Mussolini rappresentato dallo stomatologo on. Perna. Furono circa 200 gl'intervenuti, fra i quali numerosi stomatologi di Budapest e di altre Nazioni, venuti a congratularsi per la legge Casati del 16 ottobre 1924 sanzionante il principio della obbligatorietà della laurea in medicina e chirurgia per l'esercizio dell'odontoiatria e protesi dentaria.

L'applaudita relazione del prof. Beretta di Bologna sull'*ordinamento degli studi odontoiatrici in Italia, della legislazione e dell'esercizio professionale*, fu approvata con il seguente ordine del giorno:

« Il XIV Congresso di Stomatologia considerato l'attuale ordinamento degli studi odontoiatrici in Italia;

considerato il particolare momento di passaggio dal vecchio al nuovo sistema, che ha per ultima mèta l'integrale pareggiamento didattico di questa specialità alle altre discipline;

considerato che il programma del corso universitario obbligatorio di odontoiatria, formulato nel modo previsto dalla legge vigente, riduce necessariamente il programma delle scuole postuniversitarie di perfezionamento di odontoiatria e protesi dentaria;

fa voti che il corso postuniversitario di perfezionamento abbia la durata di un anno, e ciò transitoriamente e fino a quando non siasi formata la coscienza odontoiatrica nei Corpi accademici e nella popolazione scolastica ».

Interessanti comunicazioni rilevarono l'importanza etiopatogenetica dei denti cariati sulla infezione actinomicotica (prof. C. D'Alise, prof. Franci, dott. Chiurco, dott. Rosanz), dell'avitaminosi in rapporto alla carie (prof. Perna), dell'arco di espansione nei raddrizzamenti (prof. Salamon di Budapest), dei servizî pubblici stomatoiatrici a Milano e a Trieste (prof. Arlotta, dott. Cozzi) e nel R. Esercito (dott. Candidori), delle esperienze sulla devitalizzazione (prof. Fasoli) e sulla carie sperimentale (proff. Fasoli e Manicardi), delle restaurazioni protesiche (dott. Buttazzoni) e di quelle chirurgiche (prof. Cavina) ed altre molte che verranno pubblicate ne « La Stomatologia », organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana, eretta in Ente morale con decreto 16 luglio 1925, mercè la valida cooperazione del presidente prof. Giorgio Coen-Cagli.

Procedutosi alla nomina del nuovo Consiglio della F. S. I. risultarono eletti: presidente, il dott. Spiro Di Mento di Bologna; vicepresidenti, i dottori Gilberto Bersani di Bologna e Edoardo Pacitto di Roma; tesoriere il prof. Arrigo Piperno di Roma; segretario il dott. Alberto Stagni di Bologna. A direttore de « La Stomatologia » venne riconfermato per cinque anni il nostro prof. A. Piperno.

Il Congresso ebbe un successo grandissimo per l'infaticabile organizzazione del presidente del Comitato ordinatore dott. Bruno Polacco di Fiume. Si chiuse con una interessante gita di settanta colleghi alle cliniche stomatoiatriche di Budapest e di Vienna. Il prossimo Congresso avrà luogo a Perugia nella prima decade di settembre 1926; il prof. Piperno ne sarà presidente del Comitato ordinatore.

NOTIZIE DIVERSE.

XXXI Congresso di medicina interna.

Il 26 ottobre alle ore 10, nell'Aula della Clinica Medica di Roma si è inaugurato il XXXI Congresso della Società di Medicina Interna. Alla cerimonia intervennero, oltre l'on. Fedele ministro della P. I., i professori della Facoltà medica di Roma, quasi tutti i clinici e patologi delle Università italiane, moltissime notabilità mediche della capitale, il gen. Calligari e il gen. Monaco, rappresentanti della Sanità militare e marittima, il comm. Vitetti presidente degli Ospedali Riuniti e varie centinaia di medici venuti da ogni parte d'Italia.

Il sen. Maragliano, quale presidente della Società, nel discorso inaugurale mise in rilievo il carattere speciale acquistato dal nostro paese nel campo internazionale della medicina clinica, il che ha permesso di tracciare la via per il consolidamento delle posizioni raggiunte e per l'ulteriore progresso.

Lo svolgimento dei lavori è stato iniziato dal prof. Boeri, della III Clinica Medica di Napoli, con un'interessante conferenza « Sull'esame funzionale dell'apparecchio respiratorio » cui seguirono comunicazioni scientifiche su le malattie dell'apparato respiratorio, la tubercolosi e la malaria.

Alla sera dello stesso giorno il prof. Baglioni, fisiologo romano, svolse in una conferenza applaudita i « Rapporti tra fisiologia umana e clinica », dimostrando la necessità che fisiologi e clinici, senza ricercare le cause prime dei fenomeni vitali, si tengano nel campo più pratico delle contingenze.

La giornata del 27 fu occupata dalle Relazioni su « Le cirrosi epatiche » trattate dal punto di vista anatomo-patologico e patogenetico dal prof. L. D'Amato di Napoli, e dal lato etiologico e clinico dal prof. G. Sabatini di Roma.

Vivace e brillante fu la discussione su detta relazione per obbiezioni fatte specialmente dai proff. Schupfer, Micheli, Cesa Bianchi, Barlocco e Silvestrini, a tutti i quali risposero esaurientemente i relatori.

La terza giornata del Congresso è stata interessante per la discussione del tema, in comune con la Società di Chirurgia, « Sulla cura della malattia di Flajani-Basedow ». Relatori per la parte chirurgica il prof. Fiori di Modena, per la parte medica il prof. Ferrata di Pavia e per la parte radioterapica il prof. Milani di Roma.

Seduta assai importante per le discussioni di alto interesse scientifico e per i risultati teorici e pratici per la terapia di detto morbo.

L'ultimo giorno del Congresso è stato occupato dallo svolgimento di numerosissime comunicazioni, delle quali non è possibile dare per ora neppure un cenno. Indi il prof. Maragliano pronunziò il discorso di chiusura, ringraziando i relatori per l'ardua fatica affrontata nella disamina di così importanti temi e ringraziando tutti gli intervenuti per la diligenza e l'interessamento dimostrato allo svolgimento dei lavori del Congresso.

Per l'anno prossimo è stata stabilita la sede di Padova; i temi in discussione saranno l'Angina di Petto e la Cura chirurgica della tbc. polmonare.

I congressisti parteciparono in gran numero ad una sontuosa colazione al Castello dei Cesari offerta dalla Ditta Bozzi e Crippa, gerenti della Società dell'Acqua Anticolana, e ad un tè offerto dall'Istituto Nazionale Medico-Farmacologico.

Nel prossimo numero daremo un resoconto particolareggiato delle relazioni e comunicazioni che sono state svolte.

Congresso della stampa medica.

Il 28 ottobre, si riunirono in Roma, al Policlinico Umberto I i rappresentanti dei seguenti giornali:

Actinoterapia (P. M. Franco), *Annali di chirurgia di Napoli* (Torraca), *Annali di clinica medica* (C. Piazza), *Archivio di Storia delle scienze* (Mieli), *Archivio di radiologia medica* (Guarini), *Clinica ostetrica* (A. Pozzi), *Cuore e circolazione* (M. Pozzi), *Folia medica* (P. M. Franco), *Gazzetta degli ospedali* (Clerici), *Il medico italiano* (P. Piccinini), *Il Policlinico* (V. Ascoli), *La Coltura stomatologica* (De Vecchis), *Pensiero sanitario* (Capasso), *Pediatria* (Jemma iun.), *Rassegna di studi psichiatrici* (D'Ormea), *Rassegna di clinica e terapia di Napoli* (Palma), *Rassegna di studî sessuali* (Mieli), *Riforma medica* (A. Ferrannini), *Rinascenza medica* (Martelli), *Rivista di biologia* (Polimanti), *Rivista sanitaria siciliana* (Salpietra), *Stomatologia* (Piperno e Coen-Cagli), *Voce sanitaria* (Capece).

Avevano aderito per lettera i seguenti periodici: *Avvenire Sanitario*, *Cervello*, *Giornale del medico pratico*, *Minerva medica*, *Osservatore medico*, *Radiologia medica*, *La Clinica pediatrica*, *Studium*.

Durante la momentanea assenza del prof. Ascoli, la presidenza venne affidata al prof. P. Piccinini.

Lo studio della proposta di Polimanti (Adesione della stampa medica all'Associazione della stampa tecnica italiana) venne rimandato a quando la Società potrà essere fondata su basi concrete.

Si discusse dapprima sulla convenienza o meno di mantenere in vita l'A.S.S.I.M., sull'attività della quale si appuntarono molti strali.

Salpietra propose la fondazione di una nuova Società sulle basi seguenti: 1) Istituzione di un Consiglio di Probiviri, il quale esprima il proprio parere sulle qualità morali di coloro che intendono far parte della Società allo scopo di evitare l'intrufolamento di gente di scarsa moralità e che nulla ha a che fare col vero giornalismo medico; 2) Nomina di un Consiglio di uomini veramente attivi e fattivi con sede in Roma. L'Associazione dovrà poi occuparsi di molti problemi di capitale importanza sia per la vita dei giornali stessi (p. es., il problema della carta) sia per la loro dignità (pubblicazione di «réclames» sfacciate), e dovrà aver cura di tutte le pubblicazioni grandi e piccole.

A lui si associano, in tutto od in parte, Capece ed altri. Dopo l'approvazione della proposta, Martelli fa osservare la impossibilità che le basi della Società possano venir gettate in questa seduta, poichè troppo lunga e forse poco proficua sarebbe la discussione. Propone quindi la nomina di un Comitato provvisorio il quale dovrebbe studiare la questione e presentare in breve tempo delle proposte concrete.

Dopo varie discussioni sui concetti ai quali si deve ispirare la nuova Società e sulla figura del giornalista medico, dopo l'approvazione della proposta Polimanti sull'inclusione nella stampa medica, anche di quella che si occupa di biologia, venne compilata una lista di membri per il Comitato provvisorio, nelle persone di Ascoli (Roma), Clerici (Milano), Oliaro (Torino), Verney (Roma), Coen-Cagli (Roma), Ferrannini (Napoli), Capasso (Napoli), Salpietra (Palermo), Polimanti (Perugia).

Ascoli fa osservare che l'aspirazione ad un'associazione della stampa medica data da molto tempo, ma le Società sorte non hanno mai avuto che una vita breve e stentata. La questione della loro scarsa vitalità dipende soprattutto dal fatto che la maggior parte dei componenti non se ne occupa o persegue interessi limitati e lontani dai fini che tali associazioni debbono avere. Lo dimostra il fatto che, all'inchiesta recentemente fatta dall'Assim, solo pochissimi hanno risposto. Non ritiene possibile od efficace l'adesione alla stampa politica ed è ben lieto di mettersi a disposizione, tanto più che potrà portare il contributo della sua lunga esperienza di giornalista e delle ricerche fatte su analoghe associazioni estere, specialmente belghe e tedesche.

L'Assemblea nominò il Comitato provvisorio proposto, il quale si riunì la mattina del 29 ottobre. Dopo lunga discussione esso addivenne alla compilazione di uno schema di Statuto della nuova «Associazione della Stampa Medica». Esso verrà inviato a tutti coloro che a questa associazione si reputa possano appartenere secondo il nuovo statuto.

Onoranze italiane e straniere al prof. Gosio.

Al prof. B. Gosio è stato assegnato il primo premio (L. 5000 con medaglia d'oro) della Fondazione Pagliani, destinata a coloro che particolarmente si sono segnalati nel campo dell'igiene.

L'importanza del premio è tanto maggiore in quanto che è la prima volta che esso viene conferito.

Un'altra medaglia d'oro gli è stata assegnata dall'Esposizione di Chimica applicata di Torino.

Ma anche all'estero il nome del prof. Gosio è altamente apprezzato. L'Istituto di Medicina tropicale di Amburgo, nell'occasione e per ricordo del 25° anno di fondazione, ha coniato quattro medaglie d'oro, una delle quali destinata al Gosio, e altre a Nocht (direttore dello stesso Istituto), a Fülleborn ed a Deeks. Ambìta distinzione perchè destinata ad un numero così limitato, che deve essere quindi motivo di compiacimento per il Gosio e per l'Italia.

Tanti onori gli vengono tributati, non solo per il notevole impulso da lui dato al Laboratorio di Batteriologia e Micrografia della Direzione Generale di Sanità pubblica, ma specialmente per i segnalati servigi da lui resi nel campo della malaria, nel quale egli prodigò la sua fervida attività fin dal tempo dei primi studi di Koch in Italia. E la continuò sempre, animando il fredd spirito di scienziato con il caldo entusiasmo di una fede che egli sa trasfondere nei suoi collaboratori. E la scuola antimalarica di Nettuno, le Colonie agricole di Borghetto, gli Asili per la antimalarica nella Calabria, in tutto degne di ammirazione, stanno a dimostrarlo e costituiscono probabilmente i primi nuclei da cui si svolgerà più fattiva e più proficua la profilassi antimalarica in Italia.

Al plauso che a lui è giunto in questi giorni, si unisce *toto corde* la Redazione del *Policlinico*.

Corsi di Insegnamento Pratico per Medici per l'anno 1925-26 a Milano.

È aperta a tutto il 31 dicembre l'inscrizione ai Corsi di Insegnamento Pratico per Medici presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore (Via Ospedale, 5, Milano).

I corsi di insegnamento pratico avranno inizio il 1° dicembre 1925 e comprenderanno:

a) Lezioni di Anatomia patologica, di Igiene-Tecnica Ospitaliera e Dietetica, obbligatorie per tutti gli iscritti ai corsi (da dicembre a giugno).

b) Lezioni di Medicina Interna e Chirurgia generale (da dicembre a giugno).

c) Esercitazioni pratiche giornaliere di Medicina interna e di Chirurgia generale, nelle Divisioni Ospitaliere, alle quali gli iscritti saranno assegnati in numero non superiore a 10 per ogni divisione.

d) Corsi brevi di Tecniche diagnostiche e terapeutiche (aprile-maggio).

Per l'iscrizione ai corsi annuali ed alle esercitazioni pratiche in una divisione o di Medicina o di Chirurgia coll'obbligo di frequentare rispettivamente tutti i corsi di lezioni della branca nella quale sono iscritti, oltre i corsi di cui la lettera *a*) o soltanto per la frequenza ed esercitazioni nelle altre divisioni di specialità, occorre:

Il diploma di laurea in medicina e chirurgia ed il versamento di L. 100.

Pei corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche, sarà ammessa l'iscrizione anche a singoli di essi, mediante la presentazione del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che avranno frequentato diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Agli studenti degli ultimi anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a seconda delle norme regolamentari ospitaliere vigenti, è concessa la iscrizione, senza il pagamento di alcuna quota. In seguito agli accordi con la Facoltà di Medicina i corsi tenuti da insegnanti liberi docenti hanno valore di corsi liberi agli effetti universitari.

Per il programma particolareggiato rivolgersi alla Direzione.

Specialità sequestrate.

Con decreto 16 ottobre del Ministero dell'Interno è stata proibita in tutto il Regno la vendita al pubblico di due specifici inventati e preparati dal sig. Antonio Amono di Pasquale da Aprigliano (prov. di Cosenza) sotto la denominazione di « Medicinale Amono » e « Pillole Amono » e che secondo il produttore dovrebbero servire per la cura del cancro, dei foruncoli maligni, dell'antrace, delle cancrene, e di tutte le malattie veneree, ivi inclusa la sifilide e della scabbia.

Con lo stesso provvedimento è stato ordinato, in base all'ultimo capoverso dell'art. 18 della legge su l'esercizio delle farmacie, il temporaneo sequestro di dette specialità, presso chiunque si trovino. Inoltre l'Amono è stato deferito all'autorità giudiziaria.

L'influenza in Inghilterra.

Incomincia a manifestarsi in forma epidemica. Nelle ultime tre settimane sono di molto aumentati i casi di morti e di polmoniti gravi; il numero raggiunto non è molto elevato, ma mette in pensiero per la precocità della manifestazione. L'epidemia è più intensa nel nord.

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. Med. Woch., 29 mag. — L. SCHÖRCHOLZ. La sterilizzaz. temporanea da raggi sulla donna. — O. LOEW. Le proteine labili. — JANKOWSKY. Natura e origine dell'idrope cardiale.

Arch. It. di Otol., ecc. — V. G. TENAGLIA. Disturbi della funzione degli otoliti nelle otopatie. — A. DELLA CIOPPA. Come risponde il labirinto poster. nelle varie malattie dell'orecchio.

Scalpel, 30 mag. — P. FONTEYNE. Morte subitanea da puntura pleurica.

Arch. de Cardiol., ecc., mag. — G. GALLI. La forza di riserva del cuore e la legge del « tutto o nulla ».

Presse Méd., 3 giu. — G. POIX. Chimioterapia della tub. polm. — R. HUGEL e G. DELATER. L'insufficienza venosa progressiva.

Pathologica, 1 giu. — A. BICKEL. La carbonuria disossidativa.

Zbl. f. inn. Med., 6 giu. — A. LUBLIN. L'equilibrio acido-basico nel sangue umano.

Paris Méd., 30 mag. — LEREBOULLET e JOANNON. L'immunizzaz. spontanea occulta contro certi germi specifici.

Riforma Med., 4 mag. — C. FRUGONI. Dell'asma anafilattico. — F. FEDELI. Le sindromi gastriche della colelitiasi. F. GIUFFRIDA. L'adrenalina per via endotracheale nell'emottisi.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 7 giu. — L. SALGHINI. Il liquido di Calot nella cura delle lesioni cutanee. — G. BENDA. Profilassi delle infez. cadaveriche.

Journal Amer. Med. Assoc., 23 mag. — W. B. COHEN. Il saggio della soluz. fisiologica intracutanea per determinare l'efficienza della circolaz. negli arti. — C. W. HENNEY e al. Embolectomia.

Lancet, 6 giu. — F. G. CHANDLER. Reazioni cutanee, asma e idrosincrasia.

Brit. Med. Journ., 6 giu. — W. BLAIR BELL. L'infundibulina. — F. C. C. EVE. Il trattam. del diabete semplificato.

Wien. Klin. Wochens., 4 giu. — Numero ginecologico.

Deutsche Med. Woch., 5 giu. — M. ROSENBEY e W. B. MEYER. Patogenesi del diabete extra-insulare. — A. MARCHIONINI. Reazioni colloidali resinose del liquido c.-sp.

Mediz. Klinik, 5 giu. — F. SCHLEISMER. Adenoiditi, vegetazioni adenoidi e diatesi essudative.

Münch. Med. Woch., 5 giu. — W. HEUBNER. Il problema delle emopatie. — F. WIRZ. L'iontoforesi nell'actinomicosi. — MÜLLER. Il puerperio.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., mar.-apr. — E. MINGAZZINI. Importanza della ventricolografia e dell'encefalografia sulla diagnosi delle affez. chirurg. cerebrali. — M. LUPO. Sindrome oculo-ipofisaria da encondroma del seno sfenoidale. — G. GRADENIGO. Sindrome dell'apice della rocca petrosa. — R. BÀRÀNY. Teoria dell'apparato vestibolare e del cervelletto.

Proc. R. Soc. Med., giu. — Discussioni su: Disturbi non specifici della salute da deficienza di vitamine. Terapia endocrina; Rinorrea parossistica; Radioterapia nelle mal. della vesc. e della prostata. Copiosa casist.

Paris Méd., 6 giu. — Numero sulle malattie infettive.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 16 Novembre 1925 Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI CHIOGGIA (VENEZIA)

Su un nuovo segno della tubercolosi polmonare incipiente e sulla sua interpretazione patogenica. (*)

Prof. D. MAESTRINI, medico primario, direttore del Dispensario Antitubercolare Mandamentale « Dott. A. Renier ».

Come giustamente osserva il Boeri (1), per la diagnosi di tubercolosi polmonare, disponiamo di grandi mezzi o di grandi segni (reazioni biologiche, ricerca dei bacilli, esame radiologico, ecc.), e di piccoli mezzi o piccoli segni.

Questi ultimi non sono meno importanti dei primi, perchè accessibili a tutti i medici ed in qualunque residenza.

Il Boeri (2) ha il grande merito di aver messo in evidenza vari piccoli segni molto preziosi, per la diagnosi di tubercolosi polmonare incipiente, di cui, da vari anni, constato anch'io la grande utilità (*dolenzia del margine esterno del cucullare, ipotrofia del bordo esterno del cucullare, atrofia del muscolo sterno-cleido mastoideo del lato opposto*, ecc.).

Lo Jacono (3), suo allievo, ha pure recentemente indicato un sintoma, che ho potuto positivamente controllare (*dolenzia del cavo ascellare al 1°, 2° e 3° spazio intercostale*).

Altri indicarono già importanti segni per diagnosticare precocemente le apiciti (Baccelli, Queirolo, ecc.);

Qui ho voluto richiamare l'attenzione soltanto su quelli che hanno maggiore attinenza con il *nuovo sintoma*, che passerò subito a descrivere.

Se, in apicitici, esercitiamo con la punta dell'indice della mano destra una media pressione sulla *regione carotidea*, e più precisamente lungo il decorso del *fascio nerveo-vasale* del collo, cominciando dalla *fossa sopraclavicolare minore*, c'imbattiamo in un punto doloroso, che, nella maggior parte dei casi, è situato entro l'ambito della stessa *fossa sopraclavicolare minore*.

Questa zona d'iperestesia è presente in lesioni apicali di grado avanzato nel 90 %; e *quello che più importa è presente nella stessa percentuale, in lesioni apicali iniziali.*

(*) Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica Ospedali Abruzzesi, 30 aprile 1925.

La fig. I rappresenta l'ammalata De Gr. Clotilde, di anni 37, affetta da *apicite bilaterale*: tra



FIG. I. — De Gr. Clotilde, di anni 37, affetta da apicite bilaterale.

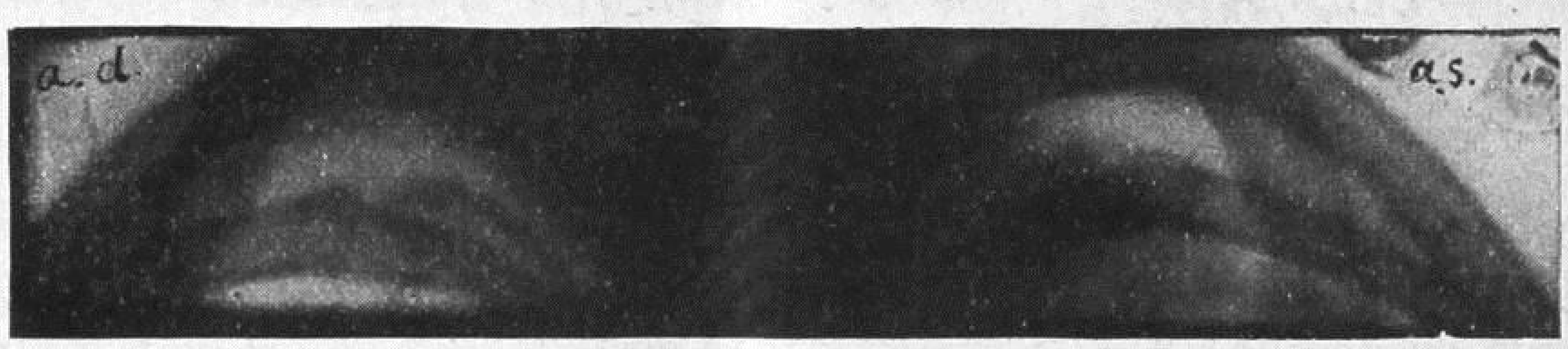


FIG. II. — Radiografia degli apici polmonari di De Gr. Clotilde, affetta da apicite bilaterale. *a.d.* apice destro; *a.s.* apice sinistro.

le due branche muscolari dello *sterno-cleido mastoideo* di destra (cioè in corrispondenza della *fossa sopraclavicolare minore*) è ben visibile una piccola croce; questo segno è il punto, ove, esercitando con l'indice della mano destra, una modica pressione, si provoca un *forte dolore*.

A *sinistra*, pure in corrispondenza della *fossa sopraclavicolare minore*, si osserva un grosso punto; è questo il luogo, ove, esercitando un'identica pressione, si provoca una *sensazione molesta* (che la malata qualifica come fastidio), anzichè un vero e proprio dolore.

ESAME DEGLI APICI COI METODI ORDINARI.

Apice destro: alla regione sopraspinosa e sopraclavicolare esiste ipofonesi e si odono rantoli subcrepitanti.

Apice sinistro: su tutta la regione apicale esiste solo espirazione leggermente prolungata.

Il reperto radiografico fu il seguente, come dimostra la fig. II.

Apice destro: forte velatura; seconda arcata costale destra cosparsa di ombre irregolari dovute a focolai bronco-pneumonici dell'apice, il quale è ridotto di circa 1 cm., rispetto all'ampiezza del sinistro.

Apice sinistro: in alto è netto; nella diagonale paravertebrale esiste una velatura, che ricopre l'estrema parte del lobo superiore.

La iperalgesia dunque, ad una pressione digitale modica, è presente anche quando la lesione apicale è iniziale, come è il caso dell'apice sinistro dell'ammalata De Gr. Clotilde.

Identico caso, ma perfettamente opposto per intensità e sede della lesione, è quello di Erminia Dor., di anni 19 (fig. III).

Alla *fossa sopraclavicolare minore sinistra* anche la debole pressione digitale provocava dolore.

Alla *fossa sopraclavicolare minore destra* la stessa pressione provocava soltanto una sensazione di fastidio.

La radiografia dimostrò (fig. IV):

1) *apice sinistro immobile*, notevolmente ridotto, con la porzione superiore completamente bloccata da ispessimenti pleurici, i quali producono la sovrapposizione della 1ª e 2ª arcata costale, in modo che un lieve tratto di chiarezza si ha solo nell'ultima porzione dell'apice, all'altezza della clavicola e della terza arcata costale;

2) l'*apice destro*, opacato nella porzione paravertebrale anteriore, tende con la testa, nella parte mediale inferiore, ad un rischiaramento discreto.

ESAME DEGLI APICI COI METODI ORDINARI.

Apice sinistro: limite superiore abbassato; marcata ipofonesi alla regione sopraspinosa e sopraclavicolare; rantoli crepitanti e sottocrepitanti alle stesse regioni.



FIG. III. — E. Dor., affetta da apicite bilaterale.

Apice destro: la percussione è negativa; l'ascoltazione fa percepire lieve diminuzione del mur-

mure vescicolare ed espirazione prolungata alle regioni sopraspinosa e sottoclaveare.



FIG. IV. — Radiografia degli apici polmonari di E. Dor., di anni 19, affetta da apicite bilaterale.



FIG. V. — Giovanetto di anni 16 (O. T., da Chioggia), affetto da apicite bilaterale.

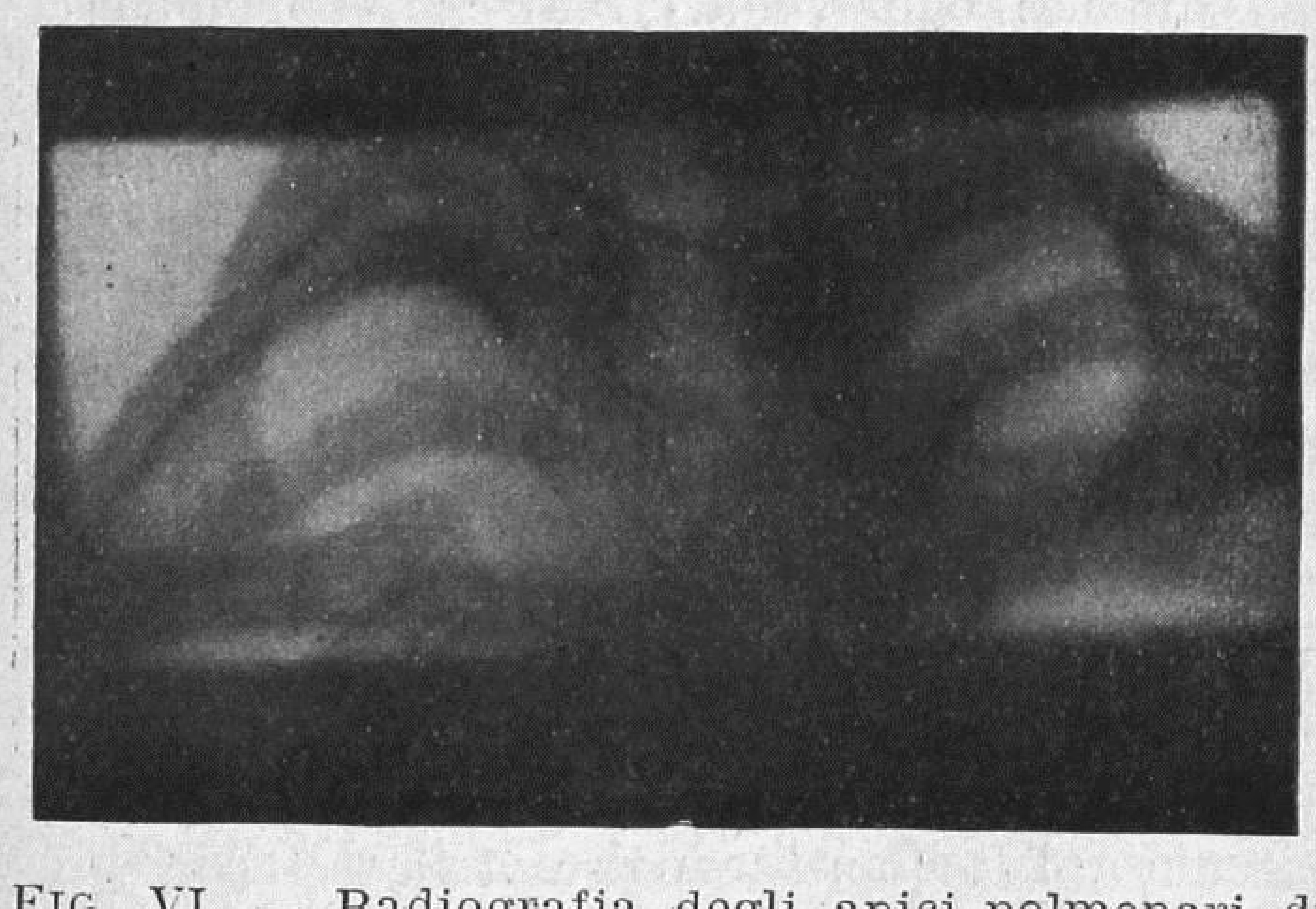


FIG. VI. — Radiografia degli apici polmonari di O. T., da Chioggia.
s. apice sinistro; *d.* apice destro.

La fig. V rappresenta un giovanetto di 16 anni (O. T., da Chioggia), il quale presentava:

1) *Apice polmonare sinistro*: *lieve fastidio alla pressione digitale, in corrispondenza della fossetta sopraclavicolare minore;* ipofonesi appena percettibile alla regione sottoclaveare, ed espirazione prolungata, specie alla regione sopraspinosa;

2) *Apice polmonare destro*: *dolore alla pressione digitale, in corrispondenza della fossetta sopraclavicolare minore;* rantoli crepitanti e sottocrepitanti alla regione del *Mohrenheim;* ipofonesi ed espirazione aspra prolungata alla regione sopraspinosa.

Il reperto radioscopico fu il seguente: « Campi polmonari marezzati; gli ili, opacati, mandano specie verso gli apici irradiazioni peribronchitiche; apici ambedue velati ed abbassati; atti inspiratori ridotti; all'apice destro qualche focolaio bronco-pneumonico ».

La fig. VI è la radiografia degli apici polmonari del giovanetto O. T.

Nei casi clinici citati, si è verificato (come la più parte delle volte avviene) che la dolenzia alla regione carotidea, fosse entro l'ambito della *fossa sopraclavicolare minore;* in altri casi però, assai scarsi invero, il dolore si può provocare a metà lunghezza circa della regione carotidea.

I casi clinici ricordati mostrano tutti la contemporanea esistenza di *due zone di dolenzia*, sia pure di intensità diversa.

La ragione di questo si deve ritrovare nel fatto che, nelle nostre sale ospitaliere, gli apicitici vengono quasi sempre a lesione polmonare avanzata.

Mi sono però ambulatoriamente capitati vari casi di apicite unilaterale, i quali presentavano *una sola zona di dolenzia*, che in genere fu fissata alla base della *fossa sopraclavicolare minore.*

Il *punto doloroso*, or ora descritto, non si ha in affezioni polmonari dei lobi inferiori, nè del lobo medio polmonare destro: *esso si presenta, quando esiste una lesione dell'apice polmonare*: questa è la prima caratteristica, sulla quale anzitutto richiamo l'attenzione.

La *seconda* è: la *descritta dolenzia si presenta in casi di lesione apicale inizialissima;* quando appena una percussione, molto abilmente condotta, può far sospettare un addensamento apicale, ed i reperti radioscopici e radiografici possono confermare, essere incerti, od anche negare qualunque lesione apicale.

Un esempio molto dimostrativo me l'offrì il caso della giovane Friziero V., di anni 18, affetta da *apicite sinistra*, e da me illustrato ad altro scopo (4).

Come fu già allora detto, al primo esame (4 dicembre 1923) il radiologo scrisse: « *gli apici non presentano alterazioni degne di nota* »; mentre era presente *una lieve dolenzia alla fossa sopraclavicolare minore sinistra* e la percussione aveva fatto rilevare *lievissima ipofonesi* alla regione

sopraspinosa dello stesso lato; nulla di anormale alla laringe.

Quando la lesione compromette, oltre che l'apice, anche il resto del lobo superiore, ed è profonda, con distruzioni di tessuto, si possono avere anche altre zone di dolenzia, sulle quali mi soffermerò altrove, anche perchè non si tratta, in simili casi, di apicite iniziale: quando però si tratta di lesione apicale circoscritta, e situata alla parte più alta dell'apice polmonare, si riscontra *un solo punto dolente alla pressione*, che in genere è situato in corrispondenza della base della *fossa sopraclavicolare minore*.

Le prime osservazioni mi fecero persino sperare di poter segnalare punti diversi di irradiazione dolorifica, per i diversi lobi polmonari: questa possibilità dal protocollo delle mie indagini ancora non appare priva di speranze; tuttavia ha bisogno di ulteriori e più numerose conferme.

A questo punto cade a proposito parlare di alcune zone iperalgesiche dell'Head.

Le zone iperalgesiche cutanee, già segnalate da Head (5) in corrispondenza ed in vicinanza della *regione carotidea* sono *topograficamente* e *funzionalmente* diverse da quella indicata nel presente articolo.

H. Head difatti indica due zone iperalgesiche fisse, di cui l'una (l'*inferiore*) è al disopra e più mediale della *fossa sopraclavicolare minore*, e starebbe ad indicare (secondo Head) lesioni della porzione inferiore della laringe (*zona laringea inferiore*); l'*altra* (quella cioè situata più in alto) è quasi all'estremo superiore della regione carotidea, ed indicherebbe lesioni della porzione superiore della laringe (*zona laringea superiore*). Un'altra *zona iperalgesica* da Head segnalata, è quella situata alla fossa sopraclavicolare maggiore o meglio tra questa e la fossa sopraclavicolare minore, alla quale fu assegnata importanza per le malattie cardiache.

H. Head alle malattie tubercolari polmonari (fig. VII) assegna zone d'iperalgesia molto estese (fig. VII: D_1, D_7; specialmente D_2, D_4, D_5), che occupano grandi zone dell'ambito toracico sia anteriormente, sia posteriormente, e si confondono con *irradiazioni dolorifiche* che sogliono indicarsi come indice di malattie della mammella (D_4, D_5) e dell'esofago (D_5, D_6, D_8).

Nello schema di H. Head manca dunque la *zona iperalgesica alla fossa sopraclavicolare minore, come esponente di lesione polmonare tubercolare*.

Non esiste pertanto coincidenza topografica tra la area iperalgesica, che io segnalo nel presente articolo, e quelle già indicate da Head: il che dimostra che la zona da me segnalata è differente.

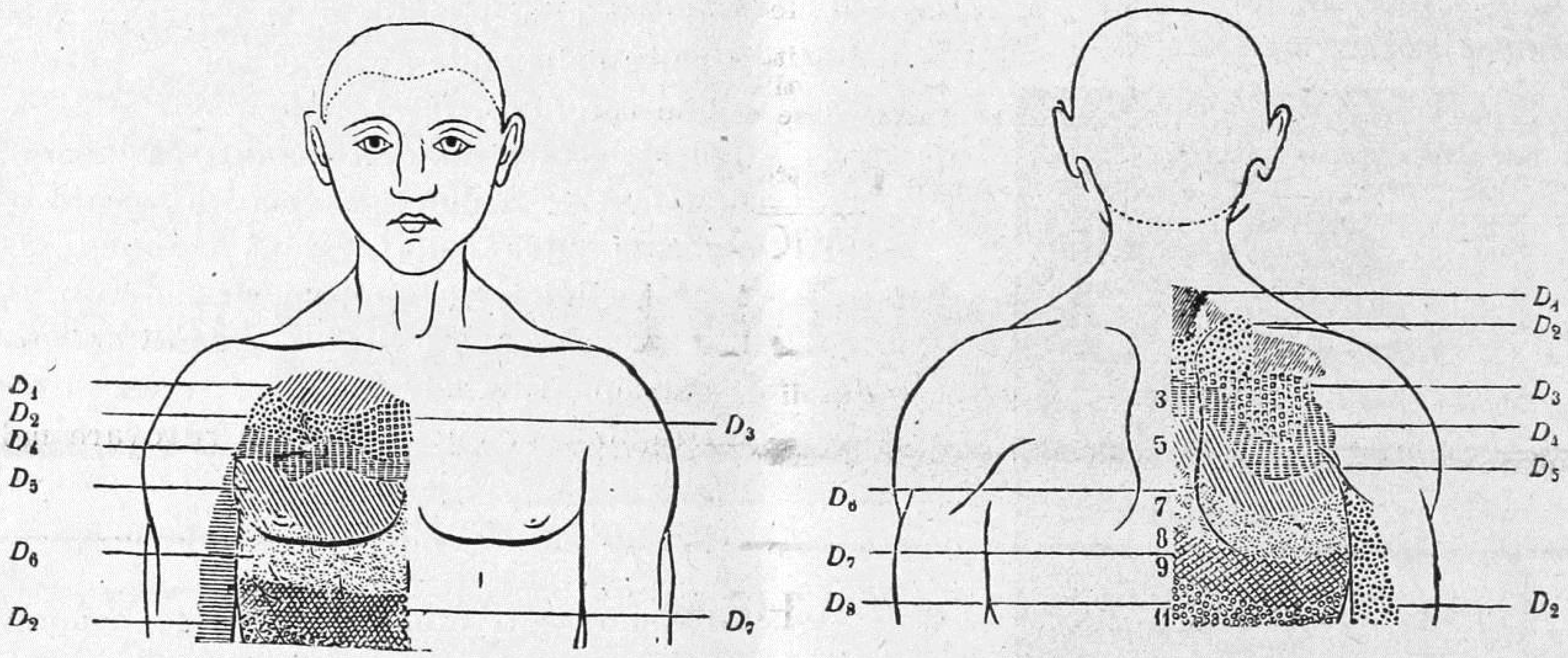


FIG. VII. — Zone iperalgesiche del tronco (da Head).

In questo senso hanno anche deposto le ricerche cliniche: ogni volta difatti che ebbi apicitici con lesioni laringee secondarie, oltre la *zona iperalgesica alla fossa sopraclavicolare minore*, riscontrai una delle zone iperalgesiche (zone laringee), indicate da Head; ma in apicitici, in cui la laringe era integra, riscontrai soltanto la *zona iperalgesica*, da me fissata alla fossa sopraclavicolare minore, o poco più in alto, lungo il *fascio nerveo-vasale del collo*.

CONSIDERAZIONI GENERALI SULLA PATOGENESI DEL FENOMENO.

Qualora l'anatomia sapesse indicarci con precisione la fine innervazione polmonare, e le sue connessioni centrali, sarebbe assai agevole risalire alla patogenesi della zona iperalgesica sopra descritta; ma purtroppo studi simili mancano.

L'Oppel stesso, che ha scritto sull'apparecchio respiratorio un trattato di più di 600 pagine, de-

dica una sola pagina all'innervazione, e si esprime presso a poco nel seguente modo:

« Nel polmone entrano molti nervi, he accompagnano i bronchi ed i vasi. Provengono dal vago e dal simpatico; nel loro decorso si trovano molti gangli, specialmente attorno ai bronchi ed alla base polmonare. Le fibre nervose sono mieliniche ed amieliniche; le mieliniche raggiungono la mucosa ed i muscoli bronchiali, le amieliniche verosimilmente la muscolatura vasale, per regolare l'afflusso sanguigno. Ogni ramo bronchiale ha un cordoncino nervoso, che manda brevi rami. I rami terminali arrivano sino al colletto dell'alveolo: questi rami servono forse ad innervare la muscolatura dei bronchi e broncheoli. Non si conoscono nervi efferenti, che pure devono esistere ».

Sappiamo pure che la regione carotidea è innervata superficialmente dai rami del plesso cervicale superficiale, e profondamente dal vago e dal simpatico.

Il plesso cervicale superficiale è costituito da branche, che si dipartono da arcate nervose, le cui fibre si distaccano dai primi quattro nervi cervicali.

Da queste arcate nervose partono filetti, che uniscono il simpatico cervicale (ganglio cervicale superiore *e medio quando esiste*) con il sistema spinale.

Da questi dati risulta che la innervazione cutanea della regione carotidea e quindi anche della *fossetta sopraclavicolare minore*, è in connessione intima con la porzione cervicale del gran simpatico.

Orbene alla luce di questi dati è abbastanza facile addentrarci sul meccanismo intimo col quale, nella regione carotidea possano determinarsi aree cutanee iperestesiche, in seguito a lesioni polmonari.

In base alle osservazioni sperimentali dei fisiologi del sec. XVII e XVIII, ed a quelle dei chirurghi, fatte sull'uomo prima dell'introduzione, nella pratica, della narcosi eterea e cloroformica, si ebbero numerose osservazioni sulla sensibilità dolorifica degli organi interni dell'organismo animale, ma, in verità, non molto concordi.

Limitandoci a far menzione di quanto a noi può riguardare, ricordiamo che la mucosa dell'apparecchio respiratorio si riteneva godere di sensibilità dolorifica solo nel tratto nasale laringeo; secondo però la dottrina allora dominante il *polmone avrebbe avuto una dolorabilità virtuale*, che si sarebbe esplicata in condizioni abnormi, segnatamente infiammatorie.

A questa dottrina si oppose, in base alle proprie osservazioni cliniche, il Lennander (1902-1904), sostenendo che la differenza di sensibilità, che mostrano i tessuti interni, secondo che trovansi in condizioni normali o morbose, è in gran parte soltanto apparente.

Secondo le sue osservazioni, tutti i dolori che si possono, ad es., destare nella cavità addominale, sono da riferire alle parti innervate dai nervi *intercostali lombari* e *sacrali*, segnatamente al peritoneo parietale. Questo è sensibile sia in condizioni normali, sia in condizioni abnormi, specialmente agli stimoli meccanici (stiramenti, dilatazioni); mentre invece tutti i visceri intraperitoneali ed il *peritoneo viscerale*, che li ricopre, non sono capaci di sentire dolore, nè allo stato sano, nè allo stato malato. Un fatto consimile avverrebbe nella cavità toracica: *i polmoni e le pleure viscerali* sarebbero insensibili, ed i

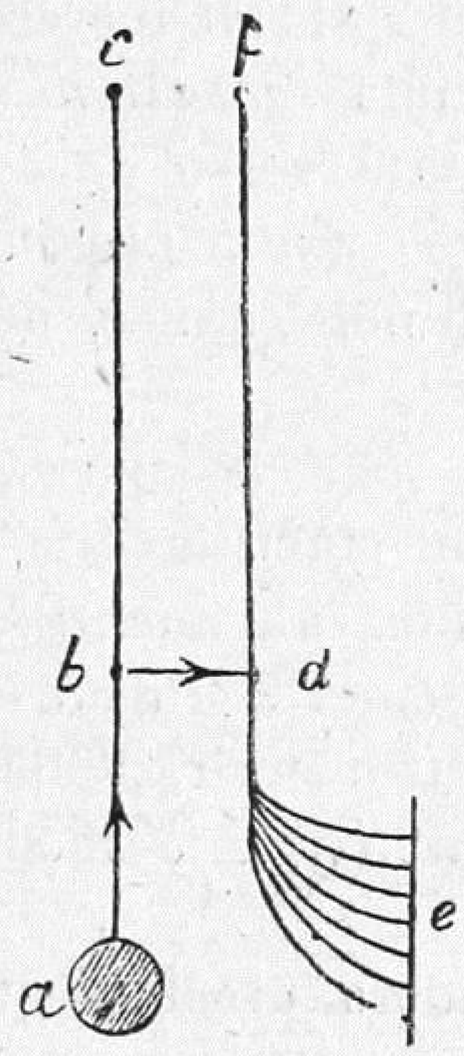


FIG. VIII. — Schema per la interpretazione delle iperalgesie cutanee e delle irradiazioni dolorose nelle malattie degli organi profondi (da Sahli).

dolori, che si sentono entro il torace, in casi di malattia, dipenderebbero da trasmissione di eccitamenti alle *pleure parietali*, che sono sensibili anche normalmente.

Questa dottrina però non è completamente accettabile: come negare, ad es., la dolorabilità del *dotto coledoco in casi di calcolosi?* o di *tratti intestinali in casi di ernia strozzata?*

Di fronte alle osservazioni cliniche del Lennander, ha recentemente assunto importanza la dottrina dei *dolori riflessi.*

Fu primo il Lange a considerare come riflessi i dolori e le iperestesie cutanee, che accompagnano certe malattie di organi interni poco o punto sensibili.

Dopo gli studi del Roy (1888), del Mackenzie (1892), ma specialmente dopo quelli più estesi dell'Head (1898), la dottrina dei dolori riflessi assunse un interesse generale ed un significato teorico assai rilevante, in ordine alla *moderna dottrina segmentale* (Luciani).

Secondo Head alcune condizioni morbose degli organi interni sono capaci di provocare sensazioni dolorose, ma queste vengono quasi sempre

localizzate erroneamente, vale a dire in una regione diversa da quella affetta. Anche nell'organo malato spesso si avvertono sensazioni abnormi, ma più che un vero dolore, è un senso oscuro di pesantezza o di tensione molesta, mentre il *vero dolore pungente, acuto* è proiettato alla superficie corporea.

La fig. VIII, che tolgo dal Sahli, spiega questo processo:

Sia *a* l'organo ammalato: se da qui parte uno stimolo verso il centro spinale sensitivo *b;* da questo punto l'eccitamento può progredire verso *c* ed arrivare alla coscienza; dall'altro può passare in *d*, cioè in una via di senso vicina *e f*.

Ora a seconda che in *d*, con tal modo di irradiazione, si origina un'eccitazione dolorosa, ovvero un semplice stato di ipereccitabilità, noi potremo avere sia una *sensazione dolorosa riflessa*, che viene proiettata verso *e*, sia una *iperalgesia* della zona cutanea *e* alla pressione, ed a qualunque altro stimolo non capace, per sè, di produrre dolore.

Da ciò risulta che la iperalgesia circoscritta della cute da me stabilita alla *fossa sopraclavicolare minore*, non altrimenti delle vere sensazioni riflesse possono acquistare importanza diagnostica, perchè trovano ragione di loro esistenza in strutture anatomiche e modificazioni funzionali ben definite.

H. Head considera giustamente erronee sia le *sensazioni dolorose riflesse*, sia le *zone cutanee iperalgesiche*, e sono, secondo lui, null'altro che un effetto della poca sensibilità dolorifica degli organi e tessuti interni.

« Quando uno stimolo dolorifico (egli dice) viene applicato ad un punto poco sensibile, il quale sia in intima connessione centrale con un altro punto più sensibile, il dolore, che si desta, è sentito più intensamente nella sede di maggiore sensibilità, invece che là, dove la sensibilità è minore, ed in cui lo stimolo fu affettivamente applicato ».

Questa legge generale è applicabile, secondo Head, alle iperalgesie cutanee.

« Quando pervengono (egli dice) al midollo, per la via dei nervi afferenti, abnormi eccitamenti da un organo interno malato, l'eccitabilità del segmento midollare si esagera, di guisa che, quando un altro eccitamento cutaneo di lieve intensità arriva allo stesso segmento, esso provoca dolore, mentre in condizioni normali non avrebbe destato che una semplice sensazione di contatto ».

La *zona iperalgesica*, da me designata alla *fossa sopraclavicolare minore*, dev'essere interpretata dunque nella sua patogenesi, in base alle leggi, stabilite da Head: si deve cioè ammettere che dal polmone ammalato, partano continuamente stimoli, che, per le vie afferenti del simpatico, mediante i rami comunicanti con il plesso cervicale superficiale, si portino alle radici spinali, indi ai centri grigi dei rispettivi centri midollari, ove arrivano pure gli stimoli sensitivi, provenienti dalla *superficie cutanea della stessa fossa sopraclavicolare minore*.

Questi stimoli abnormi, provenienti dal polmone, all'opposto delle vere e proprie sensazioni riflesse, non saranno avvertite dalla coscienza e serviranno solo a modificare la soglia di eccitabilità di quegli stessi centri midollari, con i quali sono in connessione le fibre nervose, che innervano la regione carotidea.

L'aumento di eccitabilità dei suddetti centri potrà raggiungere tal grado, che anche stimoli normalmente inefficaci (*subminimali*), portati sulla cute della regione *sopraclavicolare minore, saranno avvertiti come senso di pressione*, o di *fastidio o di vero dolore a seconda del grado di modificazione della soglia*.

Nella sua patogenesi adunque il segno da me illustrato, dev'essere considerato allo stesso modo degli altri piccoli segni, già da Boeri e da *altri descritti*.

Chioggia, 20 febbraio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

(1) G. BOERI. Rinascenza Medica, anno I, n. 1, 1924.
(2) ID. Loco citato.
(3) LO JACONO, in G. BOERI. Rinascenza Medica, anno I, 1924.
(4) D. MAESTRINI. Rinasc. Med., anno I, n. 10, 1924.
(5) H. HEAD. *Die Sensibilitätsstörung der Hant bei visceralerkrankungen.* Deutsch von W. Seiffer, Berlin, Hirschwald, 1898. Cfr. MARINESCO, Sémaine médicale, n. 33, 1896.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Vaccinazione antitubercolare preventiva.

Prof. CARLO BENEDETTI
medico primario di profilassi antitubercolare
al Comune di Roma.

La lotta contro la tubercolosi segue sempre più intensamente il suo orientamento verso un indirizzo igienico-sociale, come quello che per comune consenso è finora considerato l'unico mezzo per opporsi efficacemente al grave flagello.

Contemporaneamente medici di altissimo valore vanno febbrilmente ricercando un mezzo che possa nel modo più semplice, più rapido, più completo ed economico rendere l'organismo umano inattaccabile dal bacillo infettante.

È merito della scuola di Maragliano l'aver iniziato questi studi, i quali, secondo l'affermazione dell'illustre clinico italiano, e di molti suoi allievi e seguaci, avrebbero portato alla conclusione sperimentale e clinica che si è riusciti ad ottenere il desiderato mezzo immunizzante, che difenda l'uomo dalla tubercolosi.

È mancata però la conferma e l'universale consenso per il disinteresse o lo scetticismo di medici sia all'Italia che all'estero, scetticismo in parte giustificato dal fatto che i risultati pratici possono avere la loro conferma indiscutibile e patente, solo dopo un lungo periodo di anni, mentre che l'esperienza di laboratorio e cliniche non sono cose largamente suffragate da ritenere risolto in un modo o in un altro l'interessante problema.

Il vaccino preventivo di Maragliano è rappresentato da bacilli di Koch uccisi al calore, che vanno iniettati per via ipodermica nei neonati. Questo vaccino è assolutamente innocuo e secondo le statistiche forniteci dal Maragliano stesso avrebbe tale potere immunizzante, da essere atto alla prevenzione della tubercolosi.

D'altra parte il prof. Calmette, in una Comunicazione fatta all'Accademia di Medicina di Francia il 16 giugno 1925, confermava la scoperta di un suo vaccino preventivo, già annunziato fin dall'anno precedente per gli animali, suffragata da prove sperimentali, secondo lui inconfutabili.

Nel 1906-7 le esperienze di Calmette e C. Guérin sulle reinfezioni bacillari negli animali già contaminati, dimostrano che poteva esistere un''immunità antitubercolare legata alla presenza nell'organismo immune di qualche elemento bacillare allo stato di vita latente, e che poteva riuscire patogeno solo se cause varie fossero riuscite a ridestarne la virulenza.

In analogia con quanto Pasteur aveva ottenuto per l'infezione carbonchiosa, riuscendo a trasformare il virus in vaccino, Calmette, partendo da un bacillo di origine bovina estremamente virulento (alla dose di 3 milligr. per iniezione endovenosa causava una tubercolosi miliare acuta in 4-5 settimane nei vitelli di 4-6 mesi) era riuscito, nel lungo periodo di 13 anni con 230 culture successive su terreno alcalino di bile di bove, a sopprimere completamente ed ereditariamente le proprietà tubercoliniche del bacillo, che conservava solo quel tanto di tossicità capace di stimolare la formazione di anticorpi.

Questo bacillo vaccino, denominato da Calmette B C G (Bilié Calmette Guérin), è, secondo lui, assolutamente inoffensivo, qualunque sia la via per la quale viene introdotto nell'organismo.

Prove sperimentali sui bovini, sulle scimmie (Istituto Pasteur a Kindia), sui vitelli (568 in Francia, nel Belgo 184, nei Paesi Bassi 415, in Inghilterra 311), hanno dimostrato l'assoluta innocuità del vaccino, oltre all'efficacia immunizzante.

Fin dal giugno 1924, i risultati delle prove sperimentali autorizzarono Calmette ad applicare senza inconvenienti e senza rischi il vaccino in bambini neonati esposti al contagio familiare.

Il vaccino (un centigrammo di coltura vivente emulsionato in 2 cmc. di liquido glicerinato) vien fatto ingerire in un piccolo cucchiaio di latte, mezz'ora prima della poppata al 4°, 6°, 8°, o al 5°, 7°, 9° giorno dalla nascita.

Dal 1° luglio 1924 al giugno 1925 sono stati vaccinati 2070 neonati in tutta la Francia e nel Belgio; di questi, solo di 423 si hanno notizie precise con vaccinazione avvenuta tra il luglio e il dicembre 1924, e che rimonta perciò a più di 6 mesi.

Di questi 423, il 32 % (137) sono rimasti esposti al contagio familiare e 86 rimasero con la madre tubercolotica.

Nessuno di questi, fino al 1° giugno 1925, presentarono il più piccolo disturbo per l'ingestione del vaccino, nè mai affezioni presunte tubercolotiche.

Vi fu una mortalità generale per malattie non tubercolari nel 7 %, e solo per malattie che possono sospettarsi tubercolari il 0.5 %.

Questi dati vanno messi in confronto con quelli della mortalità media in Francia negli anni 1906-1913; 1921, in nati vivi, rispettivamente del 12.5 %, 11.6 %.

Il vaccino di Calmette è stato poi applicato in 506 bambini annamiti sotto il controllo di medici coloniali nell'Africa Occidentale francese, dal 14 maggio 1924 all'8 maggio 1925; altri 218 lattanti di

razza nera sono stati vaccinati senza il minimo incidente e perfettamente sani, pur restando alcuni di essi in ambienti infetti.

Ora, per ordine del Ministro delle Colonie tutte le giovani reclute indigene dell'Africa Occidentale, del Madagascar e dell'Indocina, destinate in Francia e nell'Africa del Nord, saranno vaccinate.

Questi sono i dati di cui allo stato presente disponiamo, fornitici personalmente dal prof. Calmette, per una possibile valorizzazione del suo vaccino.

Senza entrare in dettagli di discussioni, che non si addicono all'altezza scientifica ed umanitaria dell'argomento, specie quando si tratta di riferire risultati di studi di personalità così eminenti che illustrano il rispettivo paese, e che onorano così altamente la scienza, vogliamo subito domandarci:

il vaccino Calmette offre pericolo o rischio per chi lo ingerisce?

Le prove sperimentali eseguite con la massima serietà lo escluderebbero: si tratta di un bacillo che ha perduto, attraverso 230 passaggi, per il periodo di 13 anni, la propria attività morbosa tubercoligena anche ereditariamente, e che numerose esperienze in più specie di animali facilmente tubercolizzabili, hanno dimostrato incapace di riacquistare comunque il minimo grado di virulenza.

Analogia con altri virus vaccini lo confermerebbero. La convinzione della completa innocuità del vaccino biliato è in Calmette così assoluta, che il prof. Salimbeni dell'Istituto Pasteur, mi affermava che aveva egli fatto vaccinare col B C G una sua nipotina testè venuta alla luce.

Lo stesso Salimbeni, che è un illustre batteriologo italiano, mi ricordava lo scetticismo e le accuse fatte sulle prime alla cura antirabbica di Pasteur, che veniva accusato di dare la rabbia all'uomo.

Lo stato attuale delle nostre conoscenze ci autorizza dunque a ritenere che il B C G sia innocuo: gli studi ulteriori potranno meglio confermarlo.

Il vaccino Calmette ha realmente potere immunizzante?

Calmette, ritenendo che i bacilli morti non avessero fino ad ora condotto ad alcun risultato soddisfacente quali mezzi immunizzanti, riferiva al potere residuale di tossicità del bacillo, in simbiosi con la cellula organica, la possibilità di dar luogo alla produzione di anticorpi vaccinanti.

La prima obbiezione che dobbiamo analizzare è quella che riguarda il fatto se realmente il B C G ingerito è come tale assorbito, e possa, soffermandosi vivo nelle glandole mesenteriche o in altra parte dell'organismo, esplicare quella funzione simbiotica che il Calmette gli attribuisce.

Che i microrganismi patogeni e non patogeni, riescano ad attraversare le barriere gastroenteriche è questione ormai risolta in senso positivo; tutto sta a vedere se questo avvenga per il B C G in via eccezionale, o sia la regola, poichè il meccanismo della formazione di anticorpi prodotti dalla simbiosi bacillo-cellulare della residuata tossicità del bacillo stesso, potrebbe perdere terreno se solo qualche bacillo riuscisse a sfuggire l'azione letale dell'insieme delle barriere protettive gastro-intestinali, mentre la maggior parte di essi venisse a soccombere.

E allora, se così fosse, e il B C G avesse realmente un'azione vaccinante, questa la dovrebbe non alla sua attività vitale, ma ai suoi materiali organici di decomposizione.

Il meccanismo immunitario verrebbe ad essere spostato verso la concezione di Maragliano, con la differenza che sarebbe superfluo affrontare le suscettibilità del pericolo infettante del bacillo vivo, se l'immunità fosse conseguibile con materiali del bacillo morto.

Gli studi di Maragliano e la sua scuola hanno pur dimostrato sperimentalmente che i bacilli morti hanno potere immunizzante sia introdotti per via parenterica, che per via gastrica.

Questo è confermato malgrado il parere di Calmette dagli studi di Madsen che immunizza i cavalli e vitelli non solo con bacilli avirulenti, per avere un siero antitossico, ma anche con quelli morti.

I prodotti bacillari, come tutte le albumine, per l'azione di fermenti che gli antigeni in genere producono attivamente, subiscono un processo digestivo disintegrativo: la disintegrazione del corpo batterico porta alla formazione di polipeptoidi che vanno a far parte integrale costitutiva della cellula, a cui conferiscono resistenza organica immunitaria contro il bacillo da cui derivano, poichè queste albumine conservano la loro specificità come è dimostrato che la conservano anche prodotti proteici inferiori, come le sostanze amino-acide. Gli anticorpi che si formerebbero dalla simbiosi bacillo-cellulare — secondo Calmette — verrebbero a cessare con la morte e l'eliminazione del bacillo, donde la cessazione dello stato immunitario, mentre la cellula organica conserverebbe più a lungo secondo Maragliano ereditariamente la sua resistenza difensiva dopo la sua integrazione biologica con i prodotti batterici immunizzanti.

Il meccanismo immunizzante rapido per l'individuo sarebbe verificabile dopo l'iniezione ipodermica dei prodotti batterici; quello lento ma stabile che si verifica prevalentemente per via ga-

strica, sarebbe quello destinato ad immunizzare la razza, come avviene per la maggior parte di sostanze nocive, contro le quali l'organismo umano naturalmente si immunizza.

In tali termini è impostata la genesi della immunità attiva che i due sistemi di vaccinazione conferiscono.

Circa poi alla notorietà e all'applicazione del due sistemi, voglio notare che lo scetticismo e la poca fiducia che riscuote all'estero il vaccino di Maragliano, non sono certo maggiori di quanto riguarda il metodo di Calmette che, per quel che mi consta, salvo nel Belgio (dove il medico del Dispensario Alberto ed Elisabetta, mi ha riferito essere stato possibile solamente e con grandi difficoltà applicarlo a 12 bambini), in Germania, in Inghilterra e in Danimarca, ancora non viene usato.

Il Calmette gentilmente mi disse che avrebbe messo molto volentieri a disposizione di un batteriologo, che il governo italiano volesse inviare all'Istituto Pasteur, il suo laboratorio per gli studi necessari alla preparazione del vaccino, che ha bisogno di una sempre recente preparazione (10 giorni).

La conclusione a cui interessa giungere è quella che riguarda la domanda *se sia possibile conferire l'immunità attiva all'uomo con un vaccino che lo preservi dalla tubercolosi.*

Allo stato attuale dobbiamo attendere che ulteriori studi di laboratorio, e una lunga e documentata esperienza clinica ci dimostrino il valore pratico dei tentativi finora eseguiti.

Certo che nei riguardi del vaccino Calmette l'esperienza clinica dei 400 casi seguìti sui 2000 vaccinati è troppo poca cosa, sia per l'esiguità del numero e per la brevità del tempo di osservazione, sia anche perchè non sono noti i risultati dei 1600 che pure furono vaccinati.

Quello che pare accertato è che tanto il vaccino Maragliano, quanto quello di Calmette, possono applicarsi senza apprensione alcuna, e ciò è importante per sentirci incoraggiati a studiare e a sperare.

RIVENDICAZIONI.

Eziologia del tifo esantematico.

Riceviamo:

Illustre Sig. Direttore,

Leggo a pag. 1298 del fasc. 37 (14 sett. 1925) della Sezione pratica del *Policlinico* una nota riguardante la scoperta del germe del tifo esantematico fatta da S. Kusama, S. Yothioka ed R. Audo e riportata dal *The Jap. med. World* (15 dic. 1924).

Codesti autori avrebbero coltivato un germe assai simile alla *Rikettsia Prowazeki*, che, col Giemsa, assume il colore della cromatina nella zona centrale ed un colore bluastro nella zona periferica.

Ciò costituirebbe una buona conferma a quanto io feci rilevare a pag. 932 del fascicolo VIII, 1919, del *Giorn. di Med. militare*, nel quale, in un articolo avente per titolo: *Contributo alla diagnosi del tifo petecchiale*, scriveva:

« L'esame del sangue è del più grande interesse... Tingendo col Giemsa, e tenendo per 24 ore al termostato, qualche volta nel protoplasma dei polinucleari si notano cumuli di granuli, cocciformi, piccolissimi, tinti in rosso; due volte riscontrammo tali cumuli liberi ed avvolti come in una sottilissima glia lievissimamente tinta in azzurro. Non possiamo dire quanto codeste formazioni possano ricordare analoghe forme descritte di recente in altre infezioni e che rientrano nel tipo ancora incerto dei clamidozoi di Prowazek ».

Appare ben chiaro che l'oscura etiologia del tifo esantematico, se per opera degli autori giapponesi trova buon argomento di chiarificazione, ebbe però nel sottoscritto il primo assertore di una verità, i cui dettagli, come avviene in tutte le questioni biologiche, non potevano venir perfezionati se non col tempo.

Se i risultati ottenuti dai suddetti autori avranno ulteriore conferma, vi è fin da adesso da pensare che, data la scarsezza del reperto di tali germi nel sangue, pur constatati dal sottoscritto, occorra meglio studiare l'*habitat* elettivo di essi nell'uomo malato.

Per mio conto, data l'importanza dei fenomeni nervosi nel tifo, insemenzai allora sangue delle vene in emulsioni agar-cervello, in pezzetti di cervello con o senza aggiunta di glicerina.

« I risultati sono stati negativi; soltanto in un caso riscontrammo lo sviluppo di minutissimi corpuscoli cocciformi tingibili con i comuni colori e prendenti il rosso con il Giemsa ». (pagina 937, l. c.).

Ma quanti lavori italiani vengono ignorati da autori stranieri e... anche italiani!

Prof. ROSOLINO CIAURI.

COMMENTI.

Per i limiti della profilassi chininica.

Al dott. ARNALDO LUSIGNOLI.

Con l'usuale brio elevato il collega Lusignoli, che da anni segue intelligentemente i risultati della profilassi e della cura della malaria, nel fasc. 39 di questo periodico proclama, con visibile compiacimento, quella fusione dei procedimenti, predicati dai nostri maestri Celli e Grassi, che in un primo tempo ad essi e poi a rispettivi non disinteressati seguaci pareva impossibile.

La conciliabilità delle premesse, che i maestri già coll'andar del tempo, ligi com'erano ai risultati degli esperimenti, andavano modificando, secondo il Lusignoli porterebbe ad un indirizzo, allettante in teoria, ma che, secondo me, nell'applicazione presenta la stessa pecca di dare esclusivismo delle idee che vorrebbe conciliare.

La profilassi chininica, dice il Lusignoli, venga tralasciata, dove la malaria è lieve, perchè dannosa; è necessaria invece, per farla diventare lieve, dove la malaria è grave.

Sorvoliamo sulla gravità e spesso perniciosità, favorita da tante circostanze estranee ai plasmodi della malaria ed in cui è necessaria una profilassi ben più complessa della medicamentosa e dell'immunitaria. Ma come deve comportarsi il medico dove la malaria non è più lieve e non si può dire ancora grave?

Nella delimitazione stessa e nella presunzione della zona malarica, voluta dalla legge, parecchi sono gli scogli per dichiarare un tratto sì o no e se con lieve o con grave malaria.

Il paludismo grave poi non « infierisce » continuamente, mentre la profilassi deve entrare in azione prima e appunto perchè tale gravità non si raggiunga.

Non dimentichiamo che dall'erudita « Storia della malaria », opera postuma del Celli apparsa in questi giorni, si conferma lo spiccato andamento ciclico della malaria avanti e dopo le scoperte sulla sua trasmissione e terapia senza che la scienza abbia pouto dilucidare o mettere in dubbio tale fenomeno.

Nelle svariate e talora peripatetiche discussioni avute in quei tempi alle volte col Celli, alle volte col Grassi o, per meglio dire, nelle timide mie obbiezioni, le sole che permettessero l'appassionato e avvincente discorrere di entrambi, ed all'uno ed all'altro dichiaravo come per arrivare a risultati probatori dovevo seguire non solo gli ammaestramenti in discorso ma anche quelli dell'assente: tutti erano di difficile esecuzione completa ed estesa. Ed essi stessi, che controllavano di persona con lunghi, estenuanti sopraluoghi i più lontani esperimenti, incitandomi ad una perseveranza degna della grande missione, riconoscevano che sia la profilassi chininica, come la meccanica andavano perfezionate e se non eseguite con intelligenza, anzi con scienza e con lunga perseveranza, erano più che inutili, dannose.

La divergenza dei due maestri, come non mi pare risalti abbastanza dalle parole del Lusignoli, era sui primi nel voler dare soverchiante peso ad un modo di profilassi e troppo poco, senza escluderlo, ad un altro.

In realtà ora, e ancor più per certo nell'avvenire, si va controllando di qual grande valore sia la difesa meccanica; così come l'osservazione di questi ultimi tempi portandoci ad aumentare le dosi profilattiche consigliate dal Celli non infirma, ma anzi accentua l'importanza della profilassi da lui preferita.

Anche nel recentissimo Congresso internazionale dei malariologi non si è chiarita l'azione del chinino, se antiplasmodico o difensore degli eritrociti o eccitante i poteri immunitari dell'organismo: in ognuna delle ipotesi però viene ad essere giustificato l'aumento che l'investigazione nostra insegna di portare nelle dosi del chinino profilattico a 0,80-1 gr. in serie discontinua.

Allora, si dirà, arriviamo a dosi quasi curative. Precisamente: all'atto pratico siamo sempre alla relatività delle cose; si tratta di elevare i limiti di difesa contro la frequentemente inevitabile puntura d'anofeli infetti. Come ogni zona a malaria lieve per molteplici circostanze — anche solo per maggiore agglomeramento temporaneo di individui da zona infetta — può diventare luogo di forma grave, così ogni candidato alla malaria per parecchi motivi può diventare malarico leggèro o grave.

Per concludere, son ben d'accordo col Lusignoli che il malarico va curato, come insiste l'Ascoli, a lungo con dosi più forti di quelle usate per l'addietro (specie se si ricorre ai succedanei), di chinino. Ma non si trascuri che davanti al medico non vi è la malaria, bensì il malarico; quindi da principio non limitarsi alla terapia, agire contro le deficienze organiche e per una migliore nutrizione e per un più valido funzionamento dell'organismo.

Se tutto ciò va fatto, oltre a tutti gli altri presidi, e dove vi è la malaria grave e dove vi è la lieve, pure in esse non possiamo esimerci, se e quando lo si può perseguire, da una seria profilassi chininica colle dosi più su indicate. Credo che con ciò, nel modo migliore per ora, limiteremo molto i casi che il Lusignoli indica come generatori di malaria cronica.

La mancata sorveglianza, la difettosa esecuzione, l'errata o poco approfondita diagnosi, la cura incongrua e breve, la trascuratezza nostra nell'informarci sulle località di provenienza e di destinazione non sonó imputabili alla mancata azione della profilassi.

Anche con questi miei reverenti rimarchi credo che gli spiriti magni dei maestri aleggino benignamente intorno alle nostre investigazioni. Se lo spirito di Guido Baccelli deve insuperbire quando noi da forse manchevoli, ma spassionate osservazioni cerchiamo di stringere cliniche conclusioni, dai loro sepolcri agresti le spoglie di Angelo Celli e di Battista Grassi devono quietarsi pel profitto che dai loro diversi indirizzi noi otteniamo, onde proseguire lo stesso loro identico apostolato.

Dott. V. E. OVAZZA.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA DIGERENTE.

La sifilide dello stomaco.

(J. A. HARTWELL. *Ann. of Surg.*, 1925, aprile).

Traendo pretesto da un caso personale di probabile lesione sifilitica dello stomaco, in cui però l'esame istologico mostrò la natura semplice dell'ulcerazione, l'A. fa una interessante rivista critica dell'argomento, esaminando i casi pubblicati, sia dal punto di vista clinico, che anatomo-patologico.

Il primo lavoro serio sulla sifilide gastrica è di Chiari (1891), che può raccogliere solo 7 casi con diagnosi ben provata. Questa deve essere basata sull'esame istologico. Ed esso dimostra come la sifilide gastrica sia un'affezione molto rara.

Lo stesso Chiari su 23 autopsie di sifilitici trovò solo 2 casi di sifilide dello stomaco.

Il criterio terapeutico, come mezzo diagnostico, non è qui sufficiente.

Dall'esame di tutti i casi pubblicati di sifilide gastrica (e sono oggi alcune centinaia) l'A. trova che solo in 25 esistono criteri sufficienti, perchè la diagnosi possa essere ritenuta esatta.

Solo in un caso, quello di Mc Nel (1922), fu possibile dimostrare la presenza dello spirochete pallido nelle sezioni.

Tutto induce a ritenere che lo spirochete non trovi nello stomaco un mezzo favorevole al suo sviluppo. Secondó Chiari le lesioni luetiche dello stomaco possono essere dirette o indirette. Le prime consistono nella presenza di gomma o di infiltrazioni flogistiche non ben caratteristiche. Le seconde in emorragie, dipendenti sopratutto da lesioni luetiche del fegato.

Le gomme si iniziano nella sottomucosa, e gradualmente invadono gli altri strati: ne conseguono ulcerazioni, e quindi processi cicatriziali. La causa dell'ulcerazione va spesso cercata nella obliterazione dei vasi, e consecutiva necrosi. La ulcerazione ha sede più spesso sulla faccia posteriore dello stomaco, verso la piccola curvatura; è spesso molto ampia.

Molto frequentemente le ulcerazioni sono multiple, e lo stomaco presenta ispessimenti notevoli e diffusi delle pareti, anche a distanza dell'ulcera. Qualche volta si trovano gomme non ulcerate (Graham, Stolper, ecc.).

Clinicamente i pazienti danno l'impressione di avere piuttosto una lesione neoplastica dello stomaco che una lesione ulcerativa semplice. Anche perchè l'ipo- o l'anacidità è assai frequente.

Gran parte delle osservazioni pubblicate come sifilide dello stomaco sono basate su questi dati: W. R. positiva; ipo- o anacidità; deformità dello stomaco a clessidra o con un netto distacco fra parte sana e malata; un grado di emaciamento non corrispondente alla gravità delle lesioni riscontrate radiograficamente; miglioramento con la cura specifica.

In molti dei casi, in cui consecutivamente fu fatto l'esame istologico, la diagnosi di sifilide dello stomaco non fu confermata.

A. CHIASSERINI.

Tumori benigni dello stomaco.

(CH. HIGGIUS. *Ann. of Surg.*, maggio 1925).

Il caso riferito dall'A. ha un certo interesse per il fatto che la paziente aveva vomitato un piccolo tumore peduncolato, che all'esame istologico si dimostrò essere un adenoma poliposo. Era stato quindi possibile fare la diagnosi prima dell'operazione. La quale, eseguita da Crile, dimostrò solo una chiazza emorragica in corrispondenza della regione pilorica.

L'A. prendendo occasione da questo caso, rivede brevemente la letteratura che concerne le neoplasie benigne dello stomaco, ricordando che il primo caso di tumore poliposo dello stomaco fu pubblicato da Cruveilhier nel 1849.

La classificazione, che sembra valere anche oggi, è quella di Menetrier.

1) *Polipi.* Se unici, sono per solito localizzati nella regione pilorica, e sono più voluminosi dei polipi multipli, che più spesso colpiscono la parte mediana dello stomaco. La neoplasia può aver origine dal fondo delle ghiandole, o dai dotti, e, in quest'ultimo caso, contiene spesso delle piccole cisti ed ha un aspetto lobulato. Sono

stati descritti anche polipi derivanti dalle ghiandole di Brunner (in eterotopia).

2) *Lipomi*. Originano dalla sottomucosa, e crescono, o verso la mucosa, o verso la sierosa. Colpiscono più spesso la parte mediana dello stomaco.

3) *Osteomi*. Sono rari. Si tratta di solito di fibromi ossificati.

4) *Adenomi*. Si tratta di solito di adenomi poliposi (v. I).

5) *Cisti*. Sono di solito piccole, e appartengono quasi sempre al tipo delle cisti da ritenzione.

6) *Miomi*. Descritti per primo da Morgagni nel 1762. Solitari o multipli; si trovano di preferenza verso il cardias o lungo la grande curvatura. Talora assumono un volume notevole (5400 gr. nel caso di v. Erlach).

7) *Mixomi*. Sono tumori molto rari. Un caso ne è stato pubblicato da Hausemann.

8) *Fibromi*. Sono di solito multipli e localizzati nella regione pilorica; possono essere sessili o peduncolati.

9) *Linfadenomi*. Si trovano nella mucosa vicino al cardias, come piccole tumefazioni sporgenti in cavità. Sono molli, lisci, di color bianco latteo.

I tumori benigni dello stomaco possono non dar sintomi, o causarne svariati a seconda della grandezza, della sede, del grado di vascolarizzazione.

Non hanno sintomi propri caratteristici, a meno che il tumore, o parte del tumore, non vengano emessi col vomito come nel caso dell'A. Meyer richiama l'attenzione sul fatto che nei tumori gastrici benigni il vomito contiene grandi quantità di muco, e somiglia ad albume d'uovo. Anche i roentgenogrammi sono di scarso sussidio diagnostico (Carman).

Si può concludere che la diagnosi può essere « sospettata » per esclusione.

(Nella classifica riportata dall'A. non sono menzionati i neurofibromi, e i cosidetti « neurinomi ». *N. d. R.*).

A. CHIASSERINI.

Delle ulcere recidivanti postoperatorie
(comunemente dette « ulcere peptiche »).

(DELORE e GREYSSEL. *Journ. de Chir.*, n. 4, 1925).

Gli AA. apportano una statistica personale di 25 casi di ulcera peptica post-operatoria osservate in 21 malati di cui alcuni presentarono più volte recidiva. Quasi tutti i malati erano stati operati da loro per il primo intervento. Nel computo sono compresi due o tre casi di ulcere recidivanti con sede gastrica cui danno sempre il nome di post-operatorie perchè si sono formate in una nuova sede dall'ulcera primitiva. Dalla statistica risulta evidente una predominanza nell'uomo, fatto già osservato dal Gosset e che viene messo in rapporto con il maggior numero di interventi per ulcere nell'uomo. L'età oscilla fra i 40 e 70 anni rilevando da altre statistiche un caso di ulcera digiunale perforata in un bambino di 4 mesi operato per stenosi congenita del piloro.

Una grande importanza hanno la sede, la natura e la modalità dell'intervento per l'etiologia. Mentre secondo Gelas la lesione primitiva deve essere sempre pilorica, gli AA. hanno potuto osservare un caso dopo ulcera della piccola curvatura ed un altro dopo ulcera nettamente duodenale. In rapporto alla modalità dell'intervento hanno osservato casi dopo gastro-pilorectomia, dopo gastro-gastrostomia, gastro-digiunostomia ad Y, gastro-enterostomia posteriore potendo così dire che l'ulcera non è strettamente legata ad una particolare tecnica operatoria.

La frequenza nei loro casi concorderebbe con la statistica di Mikulicz del 2,50 %, ma probabilmente i casi sono più frequenti.

Nella maggior parte dei casi l'ulcera ha sede nell'orifizio gastro-digiunale. Quando ha sede nella piccola curvatura non si può distinguere da un'ulcera primitiva. La forma digiunale pura è molto frequente e può avere sede ad 1-2 cm. dallo stoma, nell'ansa efferente, raramente sulla afferente. L'ulcera gastro-digiunale, la più frequente, si presenta unica o qualche volta multipla ed ha l'aspetto delle ulcere gastriche. Molte volte l'ulcera presenta delle lesioni di complicanza come la perforazione in peritoneo libero, la peritonite incistata per perforazione in mezzo ad aderenze e che può essere seguita dalla formazione di un ascesso retroparietale e da una fistola gastro-cutanea. Ciò avviene specialmente nella gastro-enterostomia anteriore. Con l'applicazione della g. e. posteriore è più facile la fistolizzazione dell'ulcera nel colon che quindi può essere digiuno-colica o gastro-colica. Le lesioni istopatologiche sono identiche a quelle di un'ulcera primitiva; solo si avrebbe uno sviluppo considerevole del plesso di Auerbach che non si trova nelle ulcere normali.

Riguardo alla patogenesi non si può incolpare la tecnica col materiale di sutura, i bottoni per anastomosi, i clamps, che al massimo potranno avere influenza su un terreno favorevole, poichè molte volte la comparsa dell'ulcera è tardiva (come si sa fino a 12 anni dopo l'intervento). Così per il metodo hanno lo stesso valore la g. e. anteriore, quella ad Y, quella posteriore. Gli AA. hanno riscontrato 2 ulcere dopo g. e. ad Y con-

tro 22 con g. e. posteriore e così non credono che abbia importanza l'altezza della bocca anastomotica, la larghezza, la lunghezza dell'ansa, l'esclusione duodenale associata. L'ulcera si trova dopo g. e. ed anche dopo gastro-pilorectomia estesa. Credono quindi che si tratti di recidiva di ulcera per una causa di ordine generale più che di un dettaglio di tecnica o una disposizione locale.

Nè l'iperacidità gastrica, nè la stasi spiegano la patogenesi per cui resta ad ammettere una malattia ulcerosa che produce la seconda ulcera come ha prodotta la prima, una diatesi ulcerosa. I traumatismi, le irritazioni locali possono favorire lo sviluppo delle recidive ma non sono la causa necessaria come un trauma nel ginocchio non è la causa di un tumore bianco di tale articolazione.

Si possono riscontrare varie forme cliniche: una forma perforante semplice, una forma con piastrone di peritonite localizzata ed una forma di fistola digiuno-colica: ma la forma più comune è quella cronica semplice. In essa si hanno come sintomi: dolori precoci o tardivi dalla ingestione dei cibi ed anche il dolore della fame come nell'ulcera duodenale, con sede a sinistra della linea mediana verso l'ombelico, con irradiazioni dorsali, alla spalla sinistra, separati da intervalli liberi, vomito, ematemesi, decadimento profondo dello stato generale con persistenza dell'appetito. Come segni fisici oltre il dolore provocato si può trovare uno stomaco grande con stasi e guazzamento a digiuno, una tumefazione a piastrone da peritonite adesiva. Radioscopicamente si ha uno stomaco grande, allungato nel senso verticale che si vuota sovente con lentezza, eccezionalmente con rapidità, la presenza di un punto doloroso, e qualche volta di una nicchia diverticolare fissa. Si può riscontrare una iperacidità ed in qualche caso acidità normale.

Fra le complicazioni sono: la perforazione brutale in pieno ventre, la perforazione in peritoneo chiuso, l'apertura in un organo vicino, ordinariamente il colon. In questo caso con la formazione di una fistola si hanno: diarrea, vomito con odore fecaloide, coliche, eruttazioni frequenti, fetide.

La diagnosi è fondata principalmente sulla nozione di una gastro-enterostomia antecedente per ulcera cui sopraggiungono i segni di un'altra ulcera accompagnati dai sintomi predetti.

Per il trattamento non credono si possa pensare ad una profilassi operatoria; forse una resezione ampia invece della semplice gastro-enterostomia, portando via una maggiore quantità di mucosa malata può far sperare in un preservamento; ma avendo riscontrato casi dopo gastro-pilorectomia credono che la questione sia molto più complessa di quanto comunemente si crede. L'intervento può consistere in una cura palliativa con una nuova anastomosi al di sotto della prima, quando le condizioni generali del malato non permettono un'operazione grave, ma ordinariamente esso consiste nella resezione dell'ulcera seguita dal ristabilimento della continuità gastrointestinale.

Quando per il distacco dell'ansa digiunale questa viene ad essere divisa trasversalmente consigliano di abboccare il capo distale nella breccia anastomotica rimasta nello stomaco ed innestare latero-lateralmente il capo prominale nel digiuno venendo così a costituire la forma di g. e. ad Y che ha il merito di essere l'atto operativo più semplice.

R. BRANCATI.

La degastro-enterostomizzazione.

(PAUCHET. *La Presse méd.*, 29 luglio 1925).

Alcuni gastro-enterostomizzati si lagnano di dolori, rigurgiti, turbe digestive e ciò perchè la gastro-enterostomia che è così benefica nei malati affetti di stenosi duodenale è molte volte fatta in individui che all'atto operativo non presentavano i segni netti di una ulcera o di una stenosi. Molto spesso nelle sedute operatorie si legge: gastro-enterostomia, come una volta si leggeva isterectomia, senza diagnosi clinica, ed in questi casi si pratica facilmente un atto operativo non solo superfluo ma dannoso. Il male risiede spesso nella cistifellea, nell'appendice, nel pancreas. Quando non si trova una lesione netta bisogna richiudere senz'altro il ventre.

Le turbe consecutive ad una gastro-enterostomia possono essere dovute: ad una vera lesione a sede extragastrica; ad aderenze consecutive a manipolazioni ed a tecnica imperfetta; ad una ulcera digiunale.

Il mezzo migliore in tali casi è sopprimere la gastro-enterostomia ripristinando le condizioni fisiologiche dello stomaco, o se vi è ulcera didigiunale completare dopo resezione con una Polya.

Vi sono dei casi di emorragie gastriche senza ulcera che vengono messi in rapporto con alterazioni del fegato o della milza e di cui bisogna molte volte tener conto.

BRANCATI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXI Congresso di Medicina Interna.

Roma, 26-29 ottobre 1925.

Alla presenza di S. E. il Ministro della P. I. on. Fedele, del generale Calligari, del generale della C. R. I. Baduel e dei più eminenti clinici d'Italia, è stato solennemente inaugurato nell'Aula Magna della Clinica Medica di Roma il XXXI Congresso della Società di Medicina Interna.

Il Presidente della Società, senatore Maragliano, ha pronunciato il seguente discorso:

Eccellenze e miei Signori,

A Voi Membri cospicui del Governo Nazionale, a Voi Ufficiali delle alte Magistrature Accademiche ed Amministrative, a Voi rappresentanti della Medicina Militare: a Voi tutti grazie per esser venuti a propiziare colla vostra autorevole presenza l'inizio dei nostri lavori.

La desideravamo vivamente, perchè ci pareva opportuno che i pubblici poteri prendessero conoscenza di questa fiorente dimostrazione dei prodotti dell'ingegno italiano negli studi medici.

Fino ad ora non si è sufficientemente considerata la grande parte che la medicina può avere nella espansione intellettuale che è a sua volta fattrice di influenza politica.

Da noi si credette che ad una espansione intellettuale potessero bastare lettere ed arti, e non si comprese o si comprese troppo poco, la forza e la autorità che può venire ad un Paese dalla esportazione del suo pensiero e della sua produzione nel campo delle scienze mediche.

Il soffio di vita realistica che agita oggi tutto il mondo civile, fa apprezzare in altissimo grado tutto quanto interessa la difesa della vita umana e la capacità produttiva dell'uomo che è così strettamente legata alla integrità funzionale del suo organismo.

Lo si è compreso però assai bene fuori, specie in Francia, in Germania ed in Inghilterra. Accadde così, che effemeridi mediche, libri, strumenti, medicinali, tutto è dato dalla Francia, dalla Germania, dall'Inghilterra, mentre ciò che è nostro è quasi ignorato.

E queste tre Nazioni danno abitualmente professori alle scuole mediche dei minori centri scientifici mondiali: raramente li dà l'Italia.

Eppure noi abbiamo anche in medicina tutta la potenzialità espansiva per esercitare la nostra influenza al di là dei confini, ma per esercitarla è necessario che le nostre scuole abbiano mezzi ed organizzazione all'uopo.

I mezzi invece difettano e molto. Oggi, tenuto conto delle capacità d'acquisto della lira italiana, gli assegni alle scuole di medicina sono inferiori di quasi la metà a quelli dell'anteguerra.

Di tutti i servizi pubblici puossi dire senza tema di errare, quelli relativi alle scuole di medicina sono i più deficientemente dotati. L'organizzazione a sua volta è tale che non risponde più alle esigenze del momento e dell'ora. E così, mentre oggi giorno malgrado tante deficienze, per la azione singola dei nostri lavoratori, il valore della nostra produzione scientifica si innalza, la preparazione dei giovani all'esercizio della medicina ogni giorno cade, perchè è negletto l'insegnamento di nuove discipline salite in onore e necessarie alla coltura pratica, perchè alle nostre cliniche mancano i mezzi di osservazione nella misura necessaria, perchè nell'insegnamento delle scienze mediche applicate si ha una organizzazione che non corrisponde alle sue finalità.

Ora che un fecondo soffio di vita innovatrice, per la provvida azione del Governo Nazionale, colla guida illuminata di Benito Mussolini, avvia l'Italia sopra più floridi sentieri, si faccia penetrare questo soffio nei nostri atenei dove non è peranco sostanzialmente penetrato, dove è pur necessario e fatale che penetri. E si faccia presto acciò la vita universitaria italiana si armonizzi con la vita che si vive e risponda alle esigenze realistiche dell'ora.

*
* *

Ed ora, prima di iniziare i lavori, un pensiero di amore e riconoscenza si elevi dall'animo di quanti qui siamo raccolti alla memoria dell'uomo, che tracciò sempre alla clinica italiana l'indirizzo a seguirsi, che segnò nuove vie alla difesa della salute umana, che agli studi medici eresse qui tempio degno della grandezza romana, che tenne sempre alta la personalità della Scienza Italiana, alla memoria di chi fu venerato nostro capo, alla memoria di Guido Baccelli.

Ma questo pensiero non sia come fu finora, passeggera esplosione di sentimento, ma inizio positivo dell'omaggio che i medici italiani non solo, ma l'Italia tutta ed il suo governo debbono a quest'uomo che onorò la scienza nazionale, che servì luminosamente la patria. Ebbene, tutta la produzione scientifica sua, ora sparsa e dispersa, sia raccolta e pubblicata; il marmo eterni agli occhi di tutti l'effige sua e lo ricordi perennemente negli evi più lontani, quale gloria nazionale: ecco quel che devono omai fermamente volere le scuole mediche italiane; maestri e discepoli e con esse tutti i medici italiani, concorrendo, così, al compimento dell'opera che una benemerita Commissione Nazionale ha già bene avviata, col consenso dell'uomo eminente, che regge il Ministero della Pubblica Istruzione.

Miei Signori,

Con orgoglio di italiano, con soddisfazione di vecchio maestro saluto questa nostra annuale esposizione dell'opera scientifica nazionale nel campo della clinica e della patologia medica, che si associa con razionale e stretto legame a quello della patologia e clinica chirurgica.

Con orgoglio di italiano, perchè confrontando i tanti documenti di sana operosità che ci vengono offerti dai centri di studio nazionali, con quelli che in simili esposizioni vedo annualmente offerti dai più reputati centri stranieri, possiamo con sicurezza affermare che non siamo inferiori a nessuno.

E dissi con soddisfazione di vecchio maestro perchè — come appare dalle relazioni e dalle comunicazioni — vedo fedelmente seguito quell'indirizzo che vagheggiarono i più illustri clinici italiani ora scomparsi, che assicura una giovinezza perenne alla clinica perchè strettamente legata come essa e come deve sempre essere alle progressive conquiste nel campo delle scienze biologiche: scienza biologica essa pure — non invecchia mai, senza mai allontanarsi dal suo immutabile punto di partenza: l'uomo infermo — senza smarrire mai la visione della sua immutabile finalità: la difesa della vita umana. E' fra questi due poli che si agita l'operosità della clinica: vasto campo nel quale germogliano sempre nuovi ed alti problemi che, nati dallo studio dell'ammalato, attendono e vogliono avere da ogni branca dello scibile, luce che penetri in ogni meato.

***

Fra i problemi in studio, oggi uno primeggia: quello del *terreno organico nei suoi rapporti colla morbilità, colla immunità, colla terapia.*

E dicendo terreno organico intendo il complesso di tutti i possibili fattori che contribuiscono a formarlo e ad individualizzarlo: costituzionali, morfologici, ereditari, funzionali, ed ogni altro noto ed ignoto — comunque siano denominati, comunque siano classificati.

E' un problema che investe ad un tempo fisiologia e patologia, di alto interesse per la biologia normale e patologica, di altissimo interesse per la giusta comprensione dei vari stati morbosi, delle loro modalità di decorso nei singoli soggetti, delle indicazioni curative all'uopo opportune caso per caso.

Questo problema si era già imposto alla clinica da tempo immemorabile per quanto se ne ignorassero le ragioni e le modalità.

Della opportunità di ricercare tali ragioni e tale modalità nei nostri tempi si era penetrato primamente fin dal 1879 un grande clinico italiano, Achille De Giovanni; lo ricordo con insistenza tanto maggiore per quanto è maggiore ancora l'andazzo italiano di obliare le cose nostre.

Ma il campo della patologia e della clinica in quel turno di tempo e a lungo fu dominato, lo sapete, dagli studi sulla etiologia dei processi morbosi e sovratutto le dimostrazioni meravigliose date dalla batteriologia, fecero dimenticare il terreno organico.

Innanzi alla conoscenza dei microorganismi patogeni, con un semplicismo sorprendente, si credette di aver acquistato ormai la conoscenza delle ragioni di infermare per tutto il grande gruppo delle malattie infettive. E per le non infettive si procedette alla ricerca minuziosa di ogni possibile agente esogeno con il soccorso della patologia sperimentale e della anatomia patologica, mettendo da parte il terreno organico ed il suo individualismo.

Così fece la pluralità dei cultori delle scienze mediche ed anche la pluralità dei pratici, i quali, non me ne vogliano, hanno fra noi in genere una incomprensibile credulità innanzi ad ogni cosa con parvenza nuova divulgata, specie se ha marchio straniero. E dire che il più delle volte ignorano il valore e la competenza di chi ne fu autore!

Il valore assoluto non basta, la competenza è necessaria. Ad esempio un batteriologo od un biologo puro, per quanto di alto valore, non ha e non può avere competenza assoluta in questioni di patologia umana, di clinica, di terapia, per quanto da noi ciecamente, ad occhi chiusi troppo spesso si accetti.

La maggior parte dei clinici italiani, però, a differenza della maggior parte dei clinici stranieri, dei tedeschi specialmente, non accettò mai l'esclusivismo dei momenti etiologici nella patogenesi dei morbi. Le cliniche italiane insegnarono sempre a valutare, per quanto empiricamente la parte spesso preponderante del terreno organico.

Ed oggi innanzi a tante delusioni provate ed a tanti fatti contradditori via via raccolti e dimostrati, il valore del terreno organico si è imposto anche ai biologi puri e da ogni parte se ne vogliono ricercare insistentemente i fattori analitici e le ragioni.

In mezzo a questo nuovo movimento di indagini, di raffronti e di studi, i lavori di De Giovanni sulla Morfologia del corpo umano in rapporto alla patologia ed alla clinica, posti immeritatamente in dimenticanza perchè sommariamente giustiziati, da chi in allora non seppe comprenderli, oggi luminosamente rivivono.

L'applicazione che egli aveva fatta alla clinica della morfologia col soccorso della antropometria aveva turbato gli spiriti.

Non si era penetrata la grande verità: *che la misura domina l'evoluzione di tutte le scienze umane, e per essa si acquista la nozione della quantità che completa quella della qualità.*

Riandiamo: nel 1879 egli in base ad una serie di ricerche metodiche aveva enunciato queste proposizioni: *che nella speciale morfologia degli organismi risiede la ragione della speciale morbilità.*

Che il medesimo principio il quale spiega la formazione degli organi degli organismi, e la loro funzione, spiega le anomalie di forma e di funzione che l'organismo presenta attraverso i periodi della vita.

Queste due proposizioni oggi, dopo mezzo secolo da che furono concepite, si devono ricono-

scere esattamente vere. Esse esplicate e chiarite poi nella sua opera classica sulla « Morfologia del corpo umano », fecondate come furono e sono giornalmente con la guida di severi criteri scientifici dai suoi allievi, irradiano ogni giorno di nuova luce il problema della morbilità umana nelle sue ragioni intime e segnano alla riconoscenza dei posteri l'uomo che le dettò.

Quest'opera dei suoi allievi che si prosegue giornalmente con tenacia sotto la guida del clinico di Bologna è confortevole documento di una esemplare nobiltà di animo e di pensiero, perchè il culto e la riconoscenza per i maestri si deve esplicare non in sterili manifestazioni laudatorie, ma col proseguirne e completarne l'opera.

Le ricerche e le conquiste sulle particolarità della morfologia diventano ogni giorno più intime e più numerose. Esse scrutano insistentemente nella fine struttura degli organi, dei tessuti financo nella varia personalità dei globuli sanguigni.

D'altro lato le numerose ricerche metodiche nel campo della eredità ci forniscono a loro volta via via nuove conoscenze sulle caratteristiche del terreno organico.

A questo lavoro ricostruttivo, dobbiamo notarlo con soddisfazione, portano ogni giorno utile tributo lavori italiani, fra i quali quelli di Mino della Clinica Medica di Torino, di Rossi e di Perona della Clinica Medica di Padova e molti altri ancora.

Intanto fra i fattori del terreno organico prende posto ogni giorno più importante il sistema nervoso organo-vegetativo che pel suo modo di distribuirsi nell'organismo e per le sue proprietà funzionali, investe, si può dire, tutta la patologia.

Ogni giorno viene messa sempre più in luce la parte che esso prende nello individualizzare ogni soggetto e nello imprimere speciale modalità al decorso delle più svariate entità morbose, riguardanti ogni possibile organo, e nel conglobare in processo patogenetico unico fatti patologici relativi a più organi.

E qui ricordiamo ancora, vivaddio, cose italiane.

Fu De Giovanni, che con un lavoro organico: « La patologia del simpatico » ha trattata fra i primi la parte larga che prendono in clinica le alterazioni anatomiche e funzionali del sistema nervoso vegetativo. Questo lavoro, pubblicato nel 1876, ha preceduto di quasi 40 anni quello di Eppinger, e di Hesse, pubblicato nel 1910 che sostanzialmente, con denominazioni diverse hanno ripetuto in buona parte quanto egli con fine intuizione, aveva rilevato.

Non può essere certo compito mio in questa occasione entrare in dettagli analitici. Non insegno, non lo oserei, ma registro.

Registro e ricordo che allo stato delle nostre cognizioni il medico, innanzi ad ogni malato, deve chiedersi in qual misura il sistema nervoso vegetativo entri a creare la situazione morbosa che deve dirimere.

Con piacere ricordo ancora che due valorosi discepoli di De Giovanni: Castellino e Pende hanno in questo campo proseguita ed ampliata l'opera del maestro.

Col sistema nervoso vegetativo, nella valutazione del terreno organico, oggi debbono essere preso anche in considerazione le funzioni e i prodotti delle ghiandole endocrine.

Sono questi fattori, certo oggi, ancora avvolti di molta oscurità nei loro dettagli, ma la loro importanza si impone sia nel campo fisiologico, sia in quello patologico, per la capacità che possono avere di influenzare tutte le attività organiche, di coordinarle o di turbarle coi loro ormoni e per la parte che prendono coi loro harmozoni allo sviluppo ed alla crescenza dell'essere. E con grande compiacimento ricordo la parte che la scienza italiana ha preso in questo campo, nuovissimo di studi, coi lavori di Pende, mentre Castellino ha segnalati importanti sindromi cliniche in connessione alla alterazione delle funzioni endocrine.

L'endocrinologia è certo un ramo di scienza che accenna a divenire assai vasto. Si richiedono, si, ancora estese ricerche non solo di laboratorio ma cliniche per consolidarlo in ogni sua parte; ma è e sarà.

Ed altri fattori, oltre a quelli fin qui enumerati, lo si intuisce, contribuiscono a conferire personalità al terreno organico, alla cui integrità tutti gli organi colle loro funzioni prendono parte; il fegato sovratutto. Ma in attesa di nuove indagini rivelatrici oggi puossi affermare che per l'azione variabile di fattori molteplici e mutevoli, ciascun organismo ha una personalità sua propria, che imprime un carattere personale alla sua struttura, alle sue funzioni, alla sua resistenza agli agenti morbosi, che influisce sul suo modo di vivere e di infermare, qualunque sia l'agente morboso che lo insidia, qualunque sia l'organo colpito.

Imparare a conoscere le caratteristiche personali dell'uomo malato, sviscerarle nei loro fattori, indagare nella fattispecie quale di questi fattori col suo turbamento partecipi alla situazione morbosa; ecco un campo fecondo che si è aperto agli studiosi dei fenomeni biologici, per scoprire fatti nuovi agli studiosi dei fenomeni clinici, per applicare alla conoscenza ed alla cura degli infermi le conquiste della biologia, in quanto siano applicabili. Punto questo, miei signori, in cui la perspicacia ed il sapere del clinico possono portare a risultati quasi miracolosi, ove il clinico con la potenza induttiva e deduttiva della sua mente, che deve essere acuta nelle analisi, agile e rapida nelle sintesi, non sia addestrato a bene leggere nella intricata compagine dell'organismo. Senza questa particolare attitudine mentale, tutta la dottrina possibile dello scibile, tutta la abilità sperimentale non basteranno mai a fare il clinico quale deve essere innanzi alla missione sua.

Nello stato attuale delle nostre cognizioni, intanto, il terreno organico assume una speciale

importanza per la comprensione della così detta immunità specifica innanzi alle malattie infettive. Che questa immunità esista, oggi non si ha più ragione di dubitarne. Dalla colluvie dei fatti che i batteriologi ed i biologi hanno raccolti in mezzo a tanti dati contradditori ed a tante discussioni spesso inconcludenti, dove non raramente, la dialettica prese il sopravvento sui fatti, una verità è emersa: che l'organismo innanzi all'azione dei batteri patogeni specifici produce in via reattiva materiali difensivi specifici e che se questi sono in misura sufficiente, resiste e si immunizza. Tutte le riserve, tutte le sottigliezze di quella che io chiamerei volentieri dialettica sperimentale, non valsero e non valgono ad oppugnarla, mentre dimostrano che una parte dei batteriologi e dei biologi puri di laboratorio non hanno una concezione dei termini e dei limiti della immunità.

Fu un uomo di laboratorio, sì, ma con senso realistico, Römer che tali termini ha stabiliti con molta chiarezza dicendo che per immunità deve comprendersi quello stato per cui l'uomo e gli animali non sono uccisi nè si mostrano ammalati innanzi a quegli agenti patogeni che nelle medesime circostanze e nelle medesime modalità sono dannosi ad uomini o ad animali della medesima specie: « testuali parole ».

Vi invito, miei signori, a ponderare bene queste parole: esse, quale un soffio di vento, fanno cadere in buona parte gli edifizi dottrinali basati sopra esperimenti fatti in cavie ed in conigli per lo studio della immunità. Ed è logico. Se l'immunità è conseguenza della resistenza e della reattività del terreno organico, come possono farsi deduzioni da ciò che succede nel terreno organico di animali a resistenza differente e con modalità di infezione assai diversa da quella con cui accidentalmente l'uomo si infetta, cioè per infezione spontanea?

Lascio al vostro acume il tirarne le conclusioni le quali facilmente spiegano perchè molti sperimentatori, d'altra parte valenti, non abbiano alcuna simpatia col terreno organico e si ostinino a sostenere che, senz'altro, i batteri patogeni bastano a creare le malattie infettive: mentre la pratica medica da tempo immemorabile aveva coscienza di questa immunità di cui le conquiste scientifiche ci danno la spiegazione e la ragione. Così oggi puossi affermare: che senza il consenso passivo del terreno organico malattie infettive non possono nascerne. Ma d'altro lato la clinica deve essere grata ai biologi puri per il creato tecnicismo delle indagini. Per esse è sorto un capitolo nuovo quello della *semeiologia biologica*, per mezzo del quale si dimostrano, fra il resto, nel mezzo organico, gli antigeni e gli anticorpi nelle loro varie estrinsecazioni, si misurano e si dosano. Il clinico per tal modo è entrato in possesso di nuovi metodi diagnostici e prognostici positivi, mentre tutte queste conoscenze hanno aperto la via alle terapie specifiche, non solo, ma a profilassi specifiche per mezzo di vaccinazioni preventive.

Accenno a queste vaccinazioni, ma non mi ci fermo; dovrei entrare in altro campo e questo non è oggi il proposito mio. Solo mi limito a deplorare che dopo la larga esperienza fattane presso le armate belligeranti, finora la vaccinazione del tifo non sia entrata nella pratica civile, svincolandola da irragionevoli riserve dottrinali.

In quanto alla vaccinazione preventiva della tubercolosi, è sperabile che si diffonda ora che stranieri usufruendo i miei studi, se la appropriano e trovano in Italia compiacenti cooperatori. Il marchio forestiero anche in questo ha avuto i suoi effetti ed ha trovato italiani che ne hanno assunta la protezione e se ne fanno procuratori.

*
* *

È interessante ora, miei signori, volgere uno sguardo retrospettivo al modo con cui si è svolto tutto il lavoro scientifico che ha messo in valore il terreno organico. Anzitutto la osservazione clinica ha cominciato a notare che innanzi ai medesimi momenti patogenetici, gli uomini reagiscono in modo diverso o restano indifferenti innanzi ad essi o ne ammalano in varia misura ed in varia gravezza, con varie modalità a seconda della età, del sesso, dell'ambiente. E si è notato altresì che si hanno infermità le quali si ripetono con predilezione lungo la discendenza di un medesimo ceppo. Si concluse che vi era qualche cosa che se sfuggiva alla analisi, pure esisteva per cui ciascun uomo ha in sè le ragioni fondamentali del suo infermare.

Posto così il problema si è sentito il bisogno di risolverlo scientificamente. Si è cominciato dal mettere in luce i fatti della grossa morfologia, si passò poi coll'aiuto della istologia normale e patologica alla conoscenza delle modificazioni intime di struttura: col soccorso dei metodi di indagine forniti dalle scienze ausiliari si interrogarono le modalità funzionali degli organi nei vari individui, si attinsero dalla anatomia normale e patologica e dalla fisiologia le conoscenze relative al sistema nervoso vegetativo. La endocrinologia a sua volta svelò le secrezioni interne ed ha data la visione dei loro compiti in rapporto alla economia funzionale di tutta la macchina organica. Le dimostrate connessioni embriologiche anatomiche e funzionali delle glandole endocrini col sistema nervoso vegetativo hanno illustrato poi, questi compiti. Ed infine le conquiste della immunologia misero in luce la parte essenziale che il terreno organico prende nella difesa contro le infezioni.

E così è sorto il nuovo edifizio le cui basi sono solidamente gettate e che ogni giorno si completa con nuove conquiste. Meraviglioso esempio questo di circostanze dello scibile universo in rapporto ai problemi che interessano la difesa del-

l'uomo dalle infermità: problemi che nascono dalla clinica, che la clinica risolve utilizzando tutte le conquiste positive dello scibile, e di quello biologico sovratutto con una giudiziosa selezione. Ed è in questa selezione che deve apparire la virtù del clinico.

Le conquiste biologiche del primo quarto di questo secolo ventesimo, per la loro molteplicità, per la molteplicità delle ricerche fatte in direzioni diverse, da competenti e da incompetenti, per la sterminata quantità di pubblicazioni di vario valore, hanno creata confusione babelica, una vera anarchia in mezzo alla quale le menti si cristallizzano nel culto delle ricerche speciali e tendono a perdere quella direttiva sintetica di cui la clinica deve essere custode. Come l'ape sugge dai petali fiorenti solo quello che le è utile per preparare il suo miele, il clinico deve scegliere nella tumultuaria produzione solo quello che giova al suo fine ed abbandonare il resto. Il medico pratico poi non deve mai dimenticare che non è nell'ambito della *scientia condenda* che deve spaziare la sua azione in soccorso degli ammalati, ma che deve prendere a norma e guida la *scientia condita*: cosa che spesso non fa e che invece è suo dovere di fare, perchè altrimenti non difende ma compromette la vita umana. Questo pur troppo qualche volta è accaduto, per la smania di applicare compensi curativi non ancora sanzionati negli ambienti che solo hanno i mezzi e la competenza per formulare un ponderato giudizio.

Un grande maestro inglese della medicina, James Mackenzie, non ha molto notava, che mentre coi metodi scientifici di esame e tecniche appropriate si è giunti ad uno stato di perfezione nello studio delle malattie evolute, lo sforzo medico devia dalla sua vera finalità: depistare cioè la malattia allo stadio della predisposizione afferrando i segni delle sue prime manifestazioni. E notandolo lo deplorava ed insisteva nella necessità che l'insegnamento della medicina si svolga, col fare bene apprendere i metodi di esame funzionale e di tecnica fisio-patologica, acciò i medici possano addestrarsi a conoscere le malattie nel loro primissimo esordio.

E chiedeva che si dessero agli studenti maestri dotti, sì, ma con estesa consuetudine di infermi, non circoscritti in limitati orizzonti ma di larghe vedute.

Noi dobbiamo essere lieti di poter dire che in Italia le cliniche fino ad ora hanno funzionato nell'indirizzo da lui ora vagheggiato, che i maestri fino ad ora mostrarono sempre la necessaria larghezza di vedute e coscienza del compito loro.

E vecchi e giovani, con fede ed entusiasmo lavoreremo ancora, augurandoci che l'opera scientifica italiana, gagliarda quanto è gagliarda in qualsiasi centro scientifico mondiale, abbia entro e fuori del paese quell'eco, che fino ad ora, purtroppo, non ebbe e non ha per colpa sopratutto di Italiani che impedirono l'esportazione della nostra produzione scientifica trascurandola o denigrandola, che favorirono e favoriscono a larga mano l'importazione scientifica straniera creando artificialmente uno sbilancio considerevole a nostro danno.

È bensì vero che la scienza non ha confini, ma è altresì vero che non debbono chiudersi i confini alla espansione della produzione scientifica nazionale per aprirli a doppio battente a quella forestiera, altrimenti si crea una specie di internazionale scientifica simile a quella politica che riceve dal di fuori il verbo dittatoriale: cosa che non vogliamo e non dobbiamo volere.

Un giorno Pasteur disse: «La scienza deve essere la più alta personificazione della Patria perchè fra tutti i popoli sarà sempre il primo quello che avrà tenuto il primo posto nei lavori del pensiero e della intelligenza».

Ricordiamolo, miei Signori, e difendiamo la nostra personalità scientifica che deve essere anche per noi la più alta personificazione della Patria.

26 ottobre 1925

Seduta antimeridiana.

Ore 11. — Presidenza: CASTELLINO.

Relazione del prof. G. BOERI (Napoli).

Sull'esame funzionale dell'apparato respiratorio

Conclusioni.

Sostituita la vecchia diagnosi sintomatica, sopra tutto per l'impulso venutole dal genio di Morgagni, da quella anatomica, cui seguì, nella rispettiva, incessante evoluzione della medicina, la diagnosi etiologica, la clinica avvisò ben presto la necessità della diagnosi funzionale, rilevando che non vi è parallelismo costante tra alterazione anatomica e sindrome funzionale.

L'esame funzionale è per l'apparecchio respiratorio anche più importante che per altri organi o apparecchi, date le condizioni particolari anatomiche e fisiologiche dell'apparecchio stesso.

Superficialmente osservata la funzione dell'apparecchio respiratorio sembra una funzione meccanica: ma questa è soltanto l'esplicazione necessaria alla funzione chimica e chimico-fisica della respirazione polmonare o respirazione esterna.

A sua volta quest'ultima non è che un mezzo diretto allo scopo essenziale o ultimo della respirazione, il quale scopo consiste nella respirazione interna o cellulare, ossia nel metabolismo o ricambio cellulare.

Se quindi oggi è ancora giustificato l'esame della funzione meccanica, è però indispensabile quello della funzione chimica e chimico-fisica della respirazione.

L'esame della funzione meccanica è già in parte contenuto nella parte della comune semiologia fisica che rileva il movimento del torace e sopratutto l'esame sistematico e proprio della funzionalità dei muscoli della respirazione, in particolar

modo di quelli del cingolo scapolare (spasmi, contratture, alterazioni della reazione elettrica, dolorabilità, ipotrofie, atrofie, ecc.).

Ma un esame rigoroso e metrico della meccanica respiratoria si pratica rilevando la circonferenza totale o di una metà del torace (nastri metrici), i diametri del torace (compassi di spessezza), le variazioni degli stessi dati in rapporto con le diverse fasi della respirazione (indice di Hirty), le proiezioni cirtometriche (Voillez) del torace, la pneumografia e la stetografia, compresa quella unilaterale comparata, la capacità vitale (spirometria), la resistenza respiratoria alla fatica, la ventilazione polmonare, la prova di Peabody, il *debit* respiratorio, la pneumometria, la esplorazione del diaframma, la prova dell'apnea volontaria, la radioscopia, ecc.

Da queste indagini si può ricavare un giudizio abbastanza preciso sulla funzione meccanica dell'apparecchio respiratorio, sulla capacità funzionale di entrambe o anche di un solo polmone, sui caratteri meccanici della dispnea (inspiratoria, espiratoria, mista, bradi e polipnea), delle aritmie, delle alloritmie, delle dissociazioni respiratorie, della respirazione invertita, ecc.

Però l'esame della funzione meccanica non può formare una nozione precisa sulla vera essenza della respirazione, cioè sulla funzione chimica e fisico-chimica della respirazione, sia come respirazione esterna e sia come respirazione interna o metabolismo cellulare. Giacchè vi è sempre parallelismo tra la funzione meccanica e quella chimica.

Cognizioni più precise si ottengono oggi mediante lo studio del quoziente respiratorio, e, ancora meglio, del metabolismo basale, i cui reperti forniscono già in clinica preziosi criteri su quello che è lo scopo vero della respirazione, ossia il metabolismo cellulare.

Ma non minore importanza si deve oggi attribuire alla determinazione della tensione dell'acido carbonico alveolare, essendo dimostrato che la relazione respiratoria di tale tensione esplica una parte importantissima tra i meccanismi regolatori della reazione del sangue, e già si annoverano contributi pregevoli allo studio di questo argomento nella clinica.

Altre funzioni dell'apparecchio respiratorio indispensabili sono quelle che riguardano la pervietà nasale e le proprietà di filtro e di riscaldamento che le vie naso-faringee esplicano in senso protettivo nell'area respiratoria, la delicata funzione meccanica dell'istmo delle fauci, e i riflessi rispettivi che provvedono alla regolare distribuzione degli alimenti, delle bevande e dell'aria per le rispettive vie, e tutti i riflessi di difesa, lo starnuto, la tosse con l'espettorazione, il riflesso nasobronchiale di Frank, sui quali meccanismi tutti può l'indagine funzionale fornire interessanti reperti e applicazioni utili.

Non va dimenticato l'esame della respirazione nei riguardi del linguaggio e del canto.

Interessante è la funzione che potrebbe dirsi psicomeccanica della respirazione, cui appartengono il collegamento e la dipendenza tra la respirazione e le funzioni nervose più alte, le facoltà psichiche, le emozioni, ecc.

Non bisogna trascurare il valore che deve attribuirsi alla evaporazione polmonare nel bilancio idrico dell'organismo, e la regolazione della temperatura dell'aria respiratoria, nonchè la proprietà d'assorbimento dei polmoni, la funzione tossilitica, quella di eliminazione, quella lipolitica dei medesimi.

Le applicazioni della semiologia funzionale respiratoria alla diagnosi, alla prognosi ed alla terapia, sono numerose e acquisteranno sempre maggiore estensione ed importanza.

I vecchi metodi di accertamento della capacità funzionale dell'apparecchio respiratorio sono oggi insufficienti, e sopratutto si devono abbandonare i criterii che giudicavano di tali capacità dai dati del volume, delle circonferenze e dei diametri, poichè l'esame funzionale rigoroso esclude un rapporto proporzionale tra volume e funzione.

Oltre ai risultati già accennati, forniti dallo studio del metabolismo basale e della tensione alveolare, l'esame funzionale permette di ottenere un giudizio preciso sugli stati d'incapacità o di insufficienza respiratoria, è di determinare una sindrome o uno stato di compenso ed uno di scompenso nelle affezioni respiratorie analoghi a quelli più noti per le affezioni cardio-vascolari.

Una applicazione utile alla terapia è quella delle iniezioni endotracheali.

Ma l'esame funzionale dell'apparecchio respiratorio rende grandi servigi alla pratica medica, indicando le numerose deficienze e i gravi errori che comunemente si rivelano nella meccanica respiratoria dei *cosiddetti sani*.

Il relatore, ricordando di avere più volte sostenuto e dimostrato l'opportunità di sottoporre anche gli organi della vita vegetativa al metodo della rieducazione fisica (finora applicato felicemente ma quasi esclusivamente alle affezioni della cosiddetta vita di relazione), rileva che tra tutti gli organi e gli apparecchi della vita vegetativa, l'apparato respiratorio è quello che più si presta alla rieducazione, come quello di cui si può dire che la funzione prevale notevolmente sull'organo, e obbedisce, come nessun'altro, alla volontà, alle abitudini, all'esercizio, ecc.

Sulla guida di questo concetto si riesce molto agevolmente ad *insegnare a respirare* ai soggetti, i quali — e sono moltissimi — *non sanno respirare;* si correggono difetti importantissimi della meccanica respiratoria, si disciplina il meccanismo della tosse, la quale è talora inutile, talora insufficiente, talora dannosa, si guariscono le affezioni respiratorie che hanno un fondamento prevalentemente meccanico, ecc.

Seduta pomeridiana.

Ore 15. — Presidenza: BOERI

Comunicazioni riguardanti apparato respiratorio e tubercolosi.

JACONO (Napoli). — *Sindromi broncopolmonari pseudotubercolari da enterococco.* — Illustra due casi di pseudotubercolosi dovute una all'enterococco, l'altra all'emispora rugosa; verso i germi isolati vi erano scarsi agglutinine nel siero di sangue (1:60 per l'emispora, 1:100 per l'enterococco). Guarigione dei due casi con autovaccino e joduro di potassio.

MOLINARI (Napoli). — *Il respiro a ritmo invertito nella laringostenosi.* — In numerosi casi di laringostenosi ha osservato un tipo di respiro invertito che secondo l'O. rappresenta un meccanismo di compenso rendendo possibili i movimenti respiratori quando il polmone, raggiunto il massimo volume, non può subire alcuna ulteriore modificazione volumetrica se non partendo da una diminuzione di volume.

DE NUNNO (Napoli). — Riferisce alcune sue ricerche sulla *temperatura dell'aria espirata.*

GASBARRINI (Bologna). — Domanda se ha fatto ricerche anche nei tubercolosi e nelle forme febbrili.

L'O. risponde di avere eseguito le ricerche in un caso di tbc. polmonare e in una bambina febbrile, ma le osservazioni sono ancora in corso.

SANTANGELO (Napoli). — *Il metabolismo basale nel pneumotorace artificiale e terapeutico.* — Su 6 casi ha notato che con il miglioramento delle condizioni generali dell'infermo e con la scomparsa dei fenomeni tossici, il metabolismo basale diminuisce, perchè il pneumotorace terapeutico non è brusco e l'enfisema vicariante del lato opposto già preesistente non portano ad aumento della ventilazione polmonare e perchè viene escluso il focolaio tubercolare, fonte di veleni.

CIOFFI (Napoli). — Riferisce un caso grave di *bronchite fetida e bronchiectasia* curato efficacemente con iniezioni intratracheali di mugolio al 20 per cento.

S'intrattiene brevemente sulla *cura delle emottisi gravi* con iniezioni intratracheali di adrenalina secondo il metodo già introdotto da Bouchard.

MORELLI (Pavia). — *Risultati di 127 frenicotomie.* — L'O. sostiene con una statistica di 127 casi di frenicotomia l'importanza grande di questo atto operativo nella cura di svariate malattie dell'apparato respiratorio. L'intervento fu attuato in 102 malati di tbc. polmonare, con sinfisi pleurica totale, 1 caso di tubercolosi con pneumotorace parziale, 2 malati dopo cessazione della cura pneumotoracica, 10 casi di empiema postpneumotoracico, 4 bronchiettasie, 3 ascessi polmonari, 2 malati con sinfisi e gravi disturbi circolatori, 3 con toracotomia per cura di empiema.

Importante è l'intervento nelle emottisi infrenabili. L'O. sostiene che il miglioramento o la guarigione non sono dovute in genere alla riduzione polmonare per l'inalzamento del diaframma paralizzato (come è credenza generale) ma alla diminuzione del trauma che nel polmone malato si determina in ogni inspirazione e tanto più nella inspirazione forzata. Tale intervento è specialmente indicato quando la malattia polmonare è prodotta o favorita dalla esistenza di sinfisi pleurica. I miglioramenti da frenicotomia dimostrano il grave danno che la sinfisi pleurica produce e che la pleurite deve essere curata con grande attenzione ed attivamente per evitare al massimo dette aderenze.

CARPI (Milano). — *Note di tecnica pneumotoracica artificiale e il mio nuovo apparecchio per il pneumotorace.* — L'O. ricordate le norme che regolano la tecnica pneumotoracica si sofferma ad illustrare un suo apparecchio di facile uso e di piccolo volume che unisce alla semplicità la esattezza della tecnica.

LUCATELLO (Padova). — Propone un nuovo apparecchio per l'esecuzione del pneumotorace e sostiene che se la quantità dell'aria introdotta non ha molta importanza, ciò che invece deve essere tenuto sempre presente, è che la pressione sia negativa.

BERRI (Genova). — *La terapia dei versamenti pleurici con iniezioni endopleuriche di ioduro di potassio.* — L'O. ha esperimentato detto metodo nelle pleuriti meta- e parapneumoniche, in quelle essudative e in un caso di idrotorace con risultati favorevoli.

STANGANELLI (Napoli). — *Tubercolosi e scrofolosi.* — L'O. afferma che la scrofolosi non può semplicisticamente definirsi la tubercolosi delle ghiandole, ammette l'esistenza di ghiandole tubercolari in individui che non presentano note di abito linfatico, adenoideo, scrofoloso. Riassumendo le più recenti indagini anatomopatologiche e di sierologia sugli scrofolosi, sostiene che la scrofolosi più che tubercolosi in atto o in potenza si deve considerare come uno stato di antagonismo e probabilmente di vaccinazione contro la tubercolosi.

LO BIANCO (Roma). — Osserva che la distinzione tra scrofola e adenite tubercolare è artificiosa e che la scrofola si identifica con la tubercolosi delle ghiandole del collo. Ricorda a tale proposito un suo lavoro compiuto sotto la direzione del prof. Marchiafava.

MARGRETH (Modena). — *Ricerca degli anticorpi specifici nella tubercolosi.* — Usando la fissazione del complemento egli giunge alla conclusione che detta reazione praticata con modalità di tecnica esatta e con antigene acconcio e prudentemente coordinata al complesso delle indagini cliniche, può costituire, se positiva, un indice di netto valore per la diagnosi di fase dell'infezione tubercolare.

S'intrattiene brevemente sul metabolismo basale dei tubercolosi in rapporto con le varie alimentazioni.

CASTELLINO P. (Napoli). — Afferma che il quadro tracciato dal prof. Stanganelli è un quadro ampio

e completo, nel quale le note e i rilievi del collega De Libero costituiscono un particolare.

Lo Stanganelli ha tracciato mirabilmente le due costituzioni opposte e antitetiche quali scaturiscono dalla direttiva del grande Maestro, il De Giovanni, che questa mane il Presidente ha con perspicace parola invocato.

Per troppo tempo, egli dice, i nostri studiosi hanno portato la livrea dei lacchè: è tempo ormai che queste vedute costituzionaliste, cui le recenti acquisizioni sulle funzioni endocrine portano nuova luce, entrino nella mente dello studioso. È inutile rimpicciolire la visione con considerazioni locali: la lesione glandolare va inquadrata nella costituzione e nel tipo.

LIBEROPULO (Genova). — Riferisce su di un caso di *tubercolosi polmonare* associato a sifilide notevolmente migliorato in seguito alla cura antiluetica.

CORSONELLO (Napoli). — Osserva che il caso presentato dall'O. risponde ad una sindrome polmonare esclusiva sifilitica come è dimostrato dalle indagini biologiche, dall'esame clinico e dal risultato terapeutico.

CONTI (Milano). — *Nuovo contributo alla terapia tubercolare con le stomosine.* — Ha sperimentato la stomosina antitubercolare su un migliaio di casi circa ed ha riscontrato che in 327 si può parlare di guarigione, in 202 di miglioramento, in 114 di scarso miglioramento permanendo lo sputo positivo, mentre 189 devono essere considerati perduti o per morte o per abbandono della cura.

REALE (Napoli). — *Il ricambio respiratorio ed il metabolismo basale nella tbc. polmonare.* — Compiendo ricerche su 120 casi di tubercolosi polmonare ha notato che il M. B. è elevato nelle forme ad evoluzione progressiva, basso nelle forme che tendono a guarigione. Circa il rapporto tra funzione chimica e funzione meccanica respiratoria ha osservato che nei casi lievi, il metabolismo basale è basso anche se la grandezza respiratoria è elevata, e che nei casi gravi l'aumento della ventilazione coincide con quello del metabolismo basale. Tale condizione è di prognosi particolarmente infausta.

V. MARAGLIANO (Genova). — *Sulla prognosi radiologica della tubercolosi polmonare.* — Osserva anzitutto che dal punto di vista radiologico non è sufficiente rilevare delle lesioni, ma è necessario vedere quale ne sia la qualità. A tale proposito ricorda la teoria di Aschoff e le obiezioni che ad essa sono state fatte. Rileva come ad un medesimo referto radiologico possano rispondere fatti anatomo-patologici diversi e come viceversa ad uno stesso reperto anatomo-patologico corrispondano talora quadri radiologici diversi. Nei riguardi della prognosi la radiologia ha dimostrato che le caverne possono guarire senza alcun intervento e che le ombre radiologiche di sclerosi devono essere considerate con molta prudenza. L'O. si sofferma particolarmente sul contributo portato dalla radiologia allo studio delle forme regressive della tbc polmonare dimostrando come vi siano lesioni constatate sia clinicamente che radiologicamente che possono scomparire in breve tempo senza lasciare alcun reliquato. Per trarre dalla radiologia un buon criterio prognostico è necessario eseguire varii esami radiografici in serie.

Ore 18,30. — Conferenza del prof. BAGLIONI.

Sui rapporti tra fisiologia umana e clinica.

Da quando circa tre lustri or sono come naturale conseguenza del grande sviluppo assunto dalle scienze sperimentali si sentì il bisogno nell'insegnamento della medicina di separare la cattedra di fisiologia da quella di anatomia umana, la fisiologia si è andata sempre più sviluppando di vita autonoma o quasi indipendente, spinta in parte dalle esigenze dei metodi, specialmente della vivisezione, ma sopratutto dallo spirito filosofico di scienza pura, dimenticando i bisogni pratici dell'applicazione immediata.

Assistiamo così al sorgere dello stato attuale, in cui molto spesso il patologo e il clinico umano oggi trovano lacune nella fisiologia moderna e sono obbligati a instituire ricerche personali o a sostituirle con ipotesi più o meno fondate. Mentre tutto l'interesse del fisiologo è attratto dai problemi fondamentali e generali di biochimica, biofisica e fisiologia comparata.

Per ovviare e rimediare a questo inconveniente, grave sopratutto nell'insegnamento medico che è divenuto sempre più difficile e complesso, è necessario procedere ad una revisione del campo del lavoro che induce alla necessità di stringere o meglio tornare a stringere più intimi legami di collaborazione tra fisiologi e clinici.

Dei moltissimi problemi di fisiologia che interessano massimamente il clinico e il patologo, e che invece oggi il fisiologo raramente tratta, i più urgenti ed importanti sono quelli delle naturali difese, dei processi riparatori e restitutivi, quelli di adattamento e di compenso dei vari organi, quelli della modalità reattiva del complessivo organismo, quelli della variabilità individuale, che costituisce una particolare fisonomia fisiologica e clinica.

L'opera pratica del fisiologo moderno non deve nè può mirare alla soluzione esplicativa dei problemi massimi, ma si deve oggi limitare all'analisi dei singoli fatti e delle diverse condizioni, ricostruendoli in una sintesi realistica; così il clinico e medico pratico dall'analisi rapida dei vari fatti parziali deve risalire a una rapida sintesi ricostruttiva dei processi, sintesi concreta, una conclusione pratica e non una teoria esplicativa. In questa sintesi necessariamente oggi deve prevalere l'indirizzo teleologico, quale si addice dato l'incompiuto sviluppo delle scienze biologiche, in forma di neovitalismo alle scienze biologiche.

(Continua)

XXXII Congresso della Società italiana di Chirurgia.

25-28 ottobre 1925.

Il 25 ottobre c. a. ha avuto luogo, nell'Aula dell'Accademia Medica, al Policlinico, l'inaugurazione del XXXII Congresso della Società italiana di Chirurgia.

Siedono al banco della presidenza il prof. R. Alessandri, e con lui il vice-presidente Leotta, il prof. Mattoli. Numerosissimi gli intervenuti, tra i quali sono notati gli esponenti più illustri di tutte le scuole chirurgiche italiane: Tricomi, Pascale, De Gaetano, Catterina, Leotta, Cappelli, Taddei, Donati, Purpura, Perez, Bastianelli Raffaele, il generale Della Valle, Margarucci, Solieri, Camera, Maragliano, Uffreduzzi, Parlavecchio, Schiassi, e tantissimi altri il cui nome figura più tardi nelle comunicazioni e nelle discussioni.

Per il numero degli intervenuti, per aver apportato a viva voce il contributo personale, esposto con la calda parola dell'intima persuasione di quanto si sa e si è visto, la tornata di questo Congresso si può dire uno dei meglio riusciti e dei più interessanti. Perfetti i servizi di organizzazione, di cui va molta lode agli organizzatori; oltre che al Presidente, ai proff. Dominici e Baggio.

Comunicato il bilancio, fiorente, della Società, discusse alcune modifiche del regolamento, eletti nuovi soci, il Presidente letti alcuni telegrammi di mancato intervento, fra i quali simpaticissimo quello del nonagenario socio onorario prof. Keen, di Leriche, di Tansini, di Joseph, di Vignolo, inaugura il Congresso, ricordando come tutti i soci possano compiacersi della lunga vita della Società, che sorta nel 1882, è stata onorata dalla partecipazione di tanti illustri scienziati, e di un incremento sempre continuo, tanto che oggi il numero dei soci ascende a circa 500.

Ringrazia i relatori della loro opera compiuta, e avverte come nel tema di relazione in comune con la Società di Medicina sulla cura del morbo di Basedow, abbia chiesto di intervenire anche un radiologo, ciò che è stato concesso con piacere, Infine commemora i soci defunti, che se questo anno sono per fortuna scarsi, non di meno hanno costituito un lutto per la scienza italiana: sono il Ruggi ed il Giannettasio, di cui tesse convenientemente l'elogio. Quindi concede subito la parola ai due relatori; al prof. Margarucci e al prof. Stoppato.

1° *Tema di Relazione.*

Le occlusioni intestinali (escluse le ernie strozzate).

PARTE I. — *Terapia della occlusione intestinale.*
Relatore: Prof. ORESTE MARGARUCCI (Roma).

L'O. premette subito l'alta mortalità dell'occlusione intestinale, la causa della quale va ricercata, oltre che nella gravità della malattia, nel ritardo della cura (infatti recentemente Von Beureu trova che nei casi operati nelle prime 24 ore la mortalità globale dal 40-50 % scenda al 20 %), e viene a trattare della cura dell'occlusione intestinale. Il problema terapeutico è sopratutto imperniato sulle indicazioni e controindicazioni al trattamento operatorio. L'intervento è indicato nei seguenti casi: 1) forme acute di origine meccanica; 2) forme dinamiche, nelle quali vi siano sintomi di progrediente gravità della malattia (specie il vomito fecaloide); 3) forme di occlusione, in cui vi sia dubbio tra origine meccanica o dinamica, oppure tra occlusione acuta ed altra malattia acuta dell'addome, che richiede un trattamento immediato (peritonite da perforazione ecc.). Però tra le forme acute di origine meccanica vi sono dei casi che sfuggono alla regola suddetta. Questi sono: 1) l'occlusione duodenale acuta di origine artero-mesenteriale; 2) l'occlusione acuta da otturazione (ileo biliare, ileo verminoso); 3) la invaginazione acuta dei lattanti entro l'anno di età. Su queste forme prima del trattamento operatorio si tenterà la terapia incruenta con mezzi medici (nell'ileo biliare e nell'ileo verminoso) o con mezzi fisici (invaginazione dei lattanti, occlusione artero-mesenteriale del duodeno). In tutte le altre forme meccaniche (strozzamento interno, volvolo, ecc.) l'intervento va attuato immediatamente. Fortunatamente in genere queste forme si manifestano con sintomi così minacciosi, che l'intervento si impone. Tuttavia alcune volte (es. volvolo nel distretto del colon, occlusioni da calcoli biliari, ecc.) il quadro morboso si presenta meno violento, onde può apparire giustificato l'adottare un tentativo per risolvere in modo incruento queste forme che se hanno un inizio subdolo e blando, non vanno disgiunte da gravi pericoli e possono con l'attesa maturare condizioni irreparabili.

Tra le controindicazioni all'intervento, oltre l'età troppo tenera o troppo avanzata e alla coesistenza di altre malattie non suscettibili di miglioramento, va preso sopratutto in considerazione lo stato del paziente per effetto della malattia stessa (per quanto secondo alcuni lo stato avanzatissimo della paralisi e del meteorismo non sia una ragione di non intervento, ritenendo sufficiente il « minimum » di funzionalità residuale dell'intestino iperdisteso) o per complicazioni sopraggiunte (peritonite settica da perforazione). Anche lo stato di collasso terminale è una controindicazione: non così lo shock iniziale.

Parlando del trattamento non operatorio, l'O. ricorda tra i mezzi fisici e meccanici: le immissioni di acqua nel retto, che possono risolvere alcune forme di occlusione, e che sono sopratutto efficaci nelle invaginazioni dei lattanti; il sondaggio gastrico seguito da lavanda (utile anche come mezzo diagnostico), con cui si asportano materiali altamente tossici; la cura della positura (nelle forme di occlusione artero-mesenteriale del duo-

denci e la cura del massaggio addominale (nella invaginazione acuta dei lattanti), entrambe di massima importanza. Sono da proscriversi le insufflazioni d'aria, perchè pericolose. Tra i mezzi chimici, in linea di massima, l'uso dei sedativi deve essere proscritto. Tuttavia secondo Moyniham la morfina deve essere somministrata in dose limitata ed una volta tanto per non alterare i sintomi dell'affezione e sopratutto il dolore. Anzi, secondo Moyniham, in ogni attacco doloroso addominale acuto, l'intervento è indicato quando una piccola dose di morfina non calma il dolore. L'atropina è molto utile nelle forme spastiche.

La fisostigmina, che stimola le terminazioni motorie del vago, va usata, secondo Braun, alla dose di 5-10 mmgr. per volta nelle fasi iniziali, nelle paresi causate da processi infiammatori, specialmente nelle paresi postoperatorie. Come stimolatrice delle peristalsi è anche molto raccomandata l'ipofisina, e molte altre sostanze più o meno rispondenti allo scopo sono state suggerite. Lehman ha proposto di infiltrare con novocaina il territorio del ganglio celiaco ne' casi di spasmo che, non cedendo all'uso dell'atropina, han reso necessario l'intervento. I purganti debbono essere proscritti specie nelle fasi avanzate.

Dopo aver accennato ai tentativi eseguiti nel campo sperimentale allo scopo di immunizzare l'organismo verso i tossici che si producono nell'occlusione intestinale, ovvero di impedire l'azione di questi tossici sull'organismo stesso (inoculazione di prodotti antigeni; legatura del dotto toracico in vicinanza del suo punto di sbocco, seguito dall'incisione a monte e dal drenaggio, ecc. ecc.), il relatore intraprende l'esame del complesso argomento del trattamento operatorio.

Importanti sono le misure preparatorie: cardiocinetici, ipodermo- e fleboclisi, vuotamento e lavaggio dello stomaco, riscaldamento del paziente. Per l'anestesia, va sempre più generalizzandosi l'uso di quella locale novocainica, mentre l'anestesia generale è necessaria quando si debba chiarire la diagnosi od eseguire un atto operativo complesso. Vantaggiosa si è dimostrata la rachianestesia (non provoca il vomito, calma la peristalsi). L'atto operativo deve essere eseguito con sollecitudine, ma nello stesso tempo con somma delicatezza.

Prescindendo dallo scopo puramente diagnostico dell'atto operativo, il chirurgo si deve essenzialmente prefiggere: di ristabilire la canalizzazione intestinale, di eliminare la causa dell'occlusione e di provvedere alle eventuali lesioni (cangrena) prodottesi negli intestini ed alle conseguenti complicazioni (peritonite). Se non che il più delle volte tali obbiettivi non sono in totalità raggiungibili, ed accanto al suddetto « programma massimo » esiste un « programma minimo » imposto dalle condizioni del paziente. Soltanto nelle occlusioni acute neoplastiche ed in molte occlusioni acute per stenosi infiammatorie il trattamento radicale deve essere compiuto in 2° tempo. Si capisce, del resto, che non è possibile formulare una linea di condotta uguale per tutte le forme di occlusione.

Importantissimo il problema dell'esplorazione operatoria, necessario per confermare la diagnosi e per decidere la natura del provvedimento terapeutico. L'eviscerazione, che alcuni preferiscono perchè evita l'azione riflessa sui centri dovuta alle manovre fatte a « cielo coperto », è pericolosa sia per l'esposizione di tutto il pacchetto intestinale, sia per le manovre necessarie alla reintroduzione degli intestini. Però dopo qualche minuto di infruttuosa esplorazione a cielo coperto (che del resto può essere molto agevolata dal vuotamento degli intestini), si potrà ricorrere all'eviscerazione. L'esplorazione deve essere metodica. Anzitutto l'ispezione farà constatare la presenza di essudati (peritonite, cangrena), di transudati, di anse intestinali in isfacelo, ecc.

Segue l'esplorazione manuale, con la quale si esamina prima la regione ileocecale, poi il piccolo bacino, poi tutti i punti preferiti dagli strozzamenti, ecc. Prima di ricorrere all'eviscerazione totale, è bene fare l'eviscerazione parziale delle singole anse con la successiva immediata riduzione; anche questa però deve sempre essere preceduta dal vuotamento dell'intestino (vedi sopra) la cui tecnica è della più grande importanza. L'ansa prescelta va esteriorizzata ed isolata. Fra il numeroso strumentario proposto, preferibile il tubo di Moyniham.

Quanto alla scelta dell'atto operativo esso varia a seconda dei casi. Regola fondamentale generica è che tutte le manovre siano compiute sotto il controllo della vista. I principali atti operativi che possono richiedersi in tutte le forme di occlusione sono l'enterostomia, la resezione e l'entero-anastomosi. L'enterostomia talvolta rappresenta l'unico provvedimento da adottare, sia come operazione palliativa quando è imposta dallo stato del paziente, sia come operazione preliminare, quando si farà seguire ad essa l'intervento radicale (stenosi infiammatorie o neoplastiche). Altre volte l'enterostomia è un atto complementare a provvedimenti più radicali, da eseguirsi secondo alcuni soltanto quando le manovre resesi necessarie per il trattamento radicale sono state molto laboriose od esiste un forte ristagno, secondo altri quasi in tutti i casi. Del resto, potendosi avere la guarigione spontanea della fistola intestinale residuale, l'enterostomia può anche avere il valore di un trattamento radicale. Per la tecnica bisogna distinguere la fistola del tenue dalla fistola del colon (colostomia). Per la fistola del tenue la tecnica odierna ha eliminato molti degli inconvenienti creati dai vecchi sistemi; si esegue cioè una fistola a canale obliquo, fatto in parte a spese delle pareti dell'ansa intestinale, in parte a spese dei margini della ferita operatoria, adattando all'enterostomia i processi di Witzel e di Kader per la gastrostomia. I Francesi adottano il cosidetto metodo a mitra di Fontan. L'enterostomia va fatta

in un punto non molto distante dall'ostacolo, su di un'ansa facilmente esteriorizzabile. Molti consigliano l'enterostomia alta, la digiunostomia; questa però presenta il pericolo della denutrizione in un periodo ulteriore. Per la colostomia i punti preferiti sono il cieco ed il sigma. Qui non è indispensabile la fistola a canale e può attuarsi il vecchio metodo in due tempi. La formazione dell'ano sigmoideo è facilitata dalla lunghezza del meso.

La *resezione* va applicata nel trattamento delle parti colpite da cangrena, la cui diagnosi si basa sul riconoscimento dei noti caratteri. Si consiglia di saggiare dapprima l'efficacia delle compresse calde; Pust raccomanda la soluzione clorosodica al 10 %. Se però le zone in sfacelo sono piccole, se vi sono zone circoscritte di dubbia vitalità, basterà affondarle con suture siero-musculari o coperte con bulbi di epiploon. La ricostituzione della canalizzazione dell'intestino in genere non è attuabile nella stessa seduta per lo stato del paziente ed i due capi saranno allora impiantati ai margini della ferita operatoria. Nei pochi casi favorevoli si farà un'anastomosi latero-laterale (vedi appresso); sopratutto si cercherà di ristabilire la continuità dell'intestino nelle resezioni alte, per i pericoli già accennati della denutrizione. Nella resezione la sezione deve cadere su parti sane; tuttavia bisogna sempre tenere in considerazione che resezioni ampie aggravano il prognostico immediato e fanno risentire i loro effetti anche assai tardivamente (diarrea, deperimento, ecc.). Le resezioni estese oltre i due metri hanno una prognosi cattiva, almeno negli adulti, mentre i bambini sopportano bene anche tali ampie resezioni. Negli adulti anche dopo resezioni limitate, va sorvegliato il regime alimentare (deficiente potere di assorbimento dei grassi).

L'entero-anastomosi, da quanto sopra, potrà essere eseguita solo nelle occlusioni subacute e in quelle acute solo nei casi operati molto precocemente. Può essere eseguita tra tenue e tenue (specie nelle stenosi alte) oppure tra ileo e colon (nelle stenosi basse). Può essere latero-laterale (tenue con tenue e tenue con crasso) mentre sarà necessariamente termino-laterale dovendosi anastomizzare l'ileo con il colon.

PARTE II del 1° *Tema di Relazione. — Occlusione intestinale acuta.*

Relatore: Prof. UGO STOPPATO (Parma).

Le occlusioni intestinali si dividono in occlusioni da causa meccanica ed occlusioni da causa dinamica. Le prime a loro volta si suddividono in monoleptiche (l'intestino resta diviso in due sole porzioni: orale ed anale) ed in bileptiche (tra le due porzioni orale ed anale, esiste una porzione intermedia). Le cause delle occlusioni monoleptiche possono risiedere nello spessore della parete intestinale ed essere sia congenite (atresie) che acquisite (stenosi traumatiche, inflammatorie neoplastiche); oppure possono risiedere all'interno della parete intestinale (ostruzione di masse fecali, da calcoli biliari, ecc., ecc.), nel qual caso in genere al fattore meccanico si associa il fattore dinamico (paralisi o spasmo della parete); infine la causa può risiedere all'esterno della parete intestinale ed esercitare una compressione lineare (briglie, ecc.) o larga (tumori, ecc.) oppure esplicarsi con un inginocchiamento o torsione sull'asse intestinale. Delle occlusioni intestinali monoleptiche da causa situata nello spessore della parete, il relatore ricorda i caratteri, le sedi di preferenza, i meccanismi di azione, ecc. Un posto a parte è riservato all'invaginazione ed all'evaginazione (prolasso dell'intestino in corrispondenza di fistole intestinali spontanee o artificiali). Le occlusioni bileptiche sono rappresentate dagli incarceramenti interni (attraverso orifici erniari interni, anelli e fessure congenite ed acquisite, ecc.), dall'annodamento (intrecciarsi di due anse intestinali come avviene per lo più tra sigma, colon e tenue ed è agevolato dalla lunghezza del sigma, dalla strettezza del mesosigma e dalla lunghezza del mesentere) e dal volvolo, il quale consiste nella rotazione di un'ansa intestinale e del suo meso sull'asse longitudinale del meso stesso, per la produzione della quale occorrono condizioni anatomiche (congenite o acquisite) predisponenti. Queste sono rappresentate sopratutto da una sproporzione tra un tratto di intestino ed il suo corrispondente meso, da cui deriva una specie di peduncolizzazione dell'intestino stesso. Le occlusioni da causa dinamica possono essere dovute a paralisi od a spasmo. Nelle forme spastiche, la contrazione tonica di un tratto più o meno lungo d'intestino con abolizione del suo lume, è in genere di natura riflessa (con punto di partenza da processi ulcerativi, neoplastici, ecc., situati per lo più a breve distanza); talora invece deriva da lesioni cerebro-spinali, da intossicazioni, ecc. Nelle forme paralitiche, di cui le più gravi si accompagnano a completo arresto del circolo ed a forte meteorismo, la causa è talora un trauma o uno strozzamento erniario o una pancreatite acuta, ecc., ma il più spesso è una peritonite acuta diffusa o circoscritta. In appendice alle forme dinamiche il relatore ricorda le occlusioni dovute alla chiusura dei vasi mesenterici (embolia, trombosi), che per lo più è seguita immediatamente da una iperperistalsi, e poi da paresi e paralisi dell'intestino. Talvolta però manca il periodo iniziale di esagerata peristalsi.

Passate così in rassegna le cause della occlusione intestinale, il relatore viene a parlare degli effetti della medesima. Nelle forme monoleptiche del tenue, le alterazioni si producono sopratutto a monte dell'ostacolo e consistono anatomicamente nell'iperemia, nella stasi, nell'edema della parete che aumenta fino alla morte. Funzionalmente esse consistono dapprima in un'esagerazione

della peristalsi cui a poco a poco subentra l'esaurimento e la paralisi. Analoghe alterazioni funzionali si hanno nelle forme bileptiche del tenue da strozzamento, a carico dell'ansa strozzata, dove però la motilità si arresta più presto a causa del grave disturbo circolatorio ed il meteorismo è precoce. Fenomeni simili, tuttavia meno intensi, si osservano nelle occlusioni acute del cieco e del colon ascendente. Tra i fenomeni generali sono importanti lo abbassamento della pressione sanguigna (dapprima modica, ma progressiva fino alla morte) e le modificazioni del respiro (che si fa meno profondo e meno frequente) osservati nell'occlusione semplice sperimentale. Nelle occlusioni da strozzamento la compressione nervosa produce gravi alterazioni riflesse (fenomeni dolorosi, shok addominale iniziale).

Le teorie principali emesse allo scopo di interpretare il meccanismo di produzione della sindrome dell'occlusione intestinale sono: la teoria nervosa riflessa (per l'azione sugli apparati nervosi centrali vaso- e viscero-dilatatori da forti stimoli partenti dal focolaio di occlusione), la teoria della disidratazione (anemia cerebrale per la congestione addominale e disidratazione dell'organismo per l'abbondante secrezione e trasudazione liquida intestinale), la teoria infettiva (setticemia) e la teoria dell'autointossicazione (per veleni elaborati nell'interno dell'intestino stesso). Le prime due teorie se possono abbastanza bene spiegare i sintomi iniziali dell'occlusione (shok), non ci danno sufficiente ragione dei fenomeni successivi; quanto alla teoria infettiva, la batteriemia (coli, piogeni, ecc.) che si è riscontrata in molti casi di occlusione intestinale, non è costante e non è tanto intensa da poterci spiegare la morte. La più attendibile è perciò la recente teoria dell'autointossicazione, convalidata da numerose osservazioni ed esperienze; dalle ricerche più recenti risulta però che non si tratta, come si credette in principio, di un'intossicazione da prodotti putridi, ma dalla formazione in realtà nell'intestino e sopratutto nel duodeno in caso di occlusione, di sostanze altamente tossiche, derivanti probabilmente dalla scomposizione della molecola albuminoidea (proteosi primarie, pepteosi, istamine, ecc.), alla cui formazione concorrono oltre le alterazioni secretive della mucosa, anche i succhi digestivi (specie il pancreatico) ed i batteri intestinali. Le alterazioni sulla mucosa intestinale favorirebbero l'assorbimento di tali sostanze. Come e dove queste sostanze esercitino la loro azione tossica, non è ancora bene delucidato; pare tuttavia molto verosimile un'analogia tra la sindrome dell'occlusione e quella dello shok traumatico tardivo. Poco si conosce anche per quanto riguardano le difese dell'organismo contro i danni causati dall'occlusione.

25 ottobre 1925.

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidenza: Prof. ALESSANDRI.

Comunicazioni riferentisi al tema di relazione.

CACCIA e RICCI (Roma). — *Le occlusioni intestinali acute (escluse le ernie strozzate) osservate negli ultimi cinque anni nell'Ospedale militare di Roma.* — Gli OO. riferiscono su 15 casi di occlusione intestinale operati nell'Ospedale Militare di Roma, negli ultimi 4 anni, dei quali 12 da causa meccanica (tubercolosi intestinale; esiti di appendiciti acute e cronica, carcinoma, volvolo del colon) e tre da causa dinamica, di particolare interesse (spasmo su un groviglio di elminti, paralisi consecutiva ad una peritonite diffusa, e un caso in seguito probabilmente ad una rachianestesia stovainica in un traumatizzato). Dei primi 12, sette furono sottoposti ad intervento con due morti, gli altri guarirono con cure mediche, o spontaneamente; i casi di ileo dinamico guarirono tutti spontaneamente meno che uno.

MARINELLI (Foggia). — *Volvolo doppio del tenue con ansa intervallare breve. Amputazione delle anse necrosate e doppia enteroanastomosi sull'ansa intervallare. Guarigione.* — L'O. riferisce su di una paziente operata nel 1924 di isterectomia, la quale nel gennaio 1925 fu improvvisamente colpita da fenomeni di occlusione intestinale. All'atto operativo si trovò un volvolo di due anse intestinali molto vicine tra di loro, separate da un tratto di intestino sano lungo circa 15 cm. Essendo le due anse lese completamente necrotiche fu praticata una doppia rescissione ed una doppia enteroanastomosi sull'ansa intervallare. Guarigione. L'O. dice di aver trovato nella letteratura dal 1900 in poi sole altre due osservazioni del genere, che egli brevemente riassume. Passa poi a discutere la patogenesi del suo caso concludendo che nell'occlusione di volvolo intestinale accanto ad una causa predisponente *meccanica* (forma, disposizione e sede dell'ansa), molto frequentemente esiste una concausa predisponente *dinamica* rappresentata da particolari condizioni dell'ansa che si mostra dilatata, atonica e appesantita per accumulo di secreto o ristagno di escreto.

FASANO (Asti). — *Della mortalità nell'ileo.* — L'Oratore, premesso che la precocità dell'intervento è un fattore essenziale di miglioramento prognostico, considera i seguenti elementi che, se sono secondari, possono, opportunamente coordinati, condurre ad una diminuzione della mortalità: 1) gastrolusi preoperatoria, 2) anestesia locale per i piccoli interventi e rachianestesia (novocaina, sincaina Klin), preceduta da iniezione sottocutanea di 50 ctg. di caffeina per i grandi interventi, 3) preferenza alle incisioni pararettali, 4) evitare l'eviscerazione totale, 5) ridurre al minimo le manualità operatorie, limitandosi allo stretto neces-

sario, 6) svuotamento delle anse intestinali iperdistese con la puntura a distanza, 7) cure postoperatorie basate sull'idratazione dell'organismo con siero glucosato al 5 %. L'O. su 26 operati nell'ultimo quadriennio ha avuto 7 decessi; una mortalità quindi del 25,9 %.

PALMA (Napoli). — *Assorbimento dell'intestino nell'ileo da strozzamento.* — L'O. servendosi della fenolsulfonftaleina e sperimentando su cagne ha trovato che in tutto l'intestino tenue si ha una diminuzione del potere assorbente quando si stabilisca uno strozzamento applicato in un punto qualsiasi di esso, ma sopratutto a monte, ed in ispecial modo nella porzione duodeno-digiunale. La causa di tale disfunzionamento è sicuramente dovuta ad alterazioni della parete intestinale.

ROMITI (Bologna). — *Alterazioni della formula proteica del siero di sangue con particolare riguardo al fibrinogeno, nell'occlusione intestinale sperimentale.* — L'O., fatta eccezione dei casi a decorso brevissimo, nei quali ha trovato diminuzione del fibrinogeno ed aumento delle plasmaproteine, legate presumibilmente allo stato di shock, in tutti gli altri casi ha trovato: ipoproteinemia, ipofribinemia spiccate, iperviscosimetria, iperglobulinemia relativa. Queste complesse modificazioni esprimono un profondo sovvertimento del metabolismo proteico in tutte le cellule dell'organismo ed in particolar modo una notevole compromissione delle funzioni epatiche.

CANTELMO (Napoli). — *Alcune osservazioni sugli esiti di una ileosigmoidostomia in occlusione per tubercoloma dell'angolo epatico.* — L'O., partendo dall'osservazione di un caso di occlusione per tubercoloma dell'angolo epatico del colon, trattato con ileosigmoidostomia, ed in cui dopo l'atto operativo si ebbero alternativamente periodi di benessere e periodi di dolori addominali accompagnati da diarrea e da stipsi, fa le seguenti considerazioni: 1) le enteroanastomosi possono dare buoni risultati negli stati occlusivi, 2) nelle colostenosi flessurali debbono possibilmente eseguirsi delle tiflosigmoidostomie, allo scopo di drenare anche il cieco-colon prestritturale.

JURA (Roma). — *Valore della reazione del contenuto enterico nelle occlusioni sperimentali alte dell'intestino.* — L'O., avendo determinato nei cani una occlusione intestinale a circa 10 cm. dallo sbocco dei dotti pancreatici, ed avendo contemporaneamente reso la reazione del contenuto duodenale in alcuni casi più alcalina del normale, in altri casi invece acida, ha osservato che gli animali trattati nella prima maniera venivano a morire dopo 24-48 ore dall'inizio dell'occlusione, mentre quelli in cui il contenuto duodenale era stato reso acido morivano dopo 5-6 giorni. Probabilmente il mezzo alcalino favorisce l'assorbimento dei tossici contenuti nell'ansa duodenale.

CASCINO (Modica). — *Casi di occlusione intestinale.* — L'O. riferisce su 4 casi di occlusione intestinale di cui una acuta (per strozzamento di un'ernia nella fossetta retrocecale) e tre croniche (di cui una per tumore, le altre due per invaginamento ileo-ceco-colico). Guarigione in tutti i casi. Il trattamento fu in ogni caso diverso in rapporto alle speciali alterazioni. Nel caso dovuto al tumore, il quale era localizzato nell'ultima porzione del duodeno e nella prima porzione del digiuno, l'O. fu molto agevolato nell'atto operativo dalla sezione del legamento di Treitz seguita dall'asportazione del tumore e dall'anastomosi termino-terminale. I due casi di invaginazione furono trattati uno con lo svaginamento, l'altro con una larga ileo-coloectomia, per la necrosi sopravvenuta. Nel caso dell'ernia interna fu praticata la sezione di una briglia fibrosa, che strozzava l'apertura della fossetta cecale e venne così liberata l'ansa incarcerata.

LEOTTA (Bari). — *Sulla occlusione duodenale cronica.* — Riferisce su otto casi di periduodenite. Tra le numerose classificazioni delle occlusioni duodenali, egli ne preferisce una clinica che permette distinguerle in: 1) sopraampollari, 2) sottoampollari. Illustra le caratteristiche della sintomatologia, che non corrisponde a quella di nessun'altra lesione localizzata in qualsiasi altro punto del tubo gastroenterico. Ma sopratutto netti sono i segni radiologici: 1) irregolarità del contorno del bulbo duodenale, 2) visibilità del duodeno in proiezione laterale. Quanto poi alla distinzione delle forme sopra- e sotto-ampollari, mentre le prime danno solo sintomi gastrici, le seconde danno una fenomenologia altamente tossica, più grave. Quanto alla cura egli ritiene che nella maggior parte dei casi non sia opportuno nè la semplice sezione delle aderenze nè la peritonealizzazione, ma sia sempre necessaria la gastro-enterostomia (occlusioni alte) o la duodeno-digiunostomia (occlusioni basse). *(Continua).*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Lo spazio di Traube.

L'esplorazione radiologica, connessa con la pneumosierosa ha permesso di riprendere alcune questioni in cui i fatti sembravano ormai acquisiti.

Anzitutto l'ottusità dello spazio di Traube può servire a scoprire dei piccoli versamenti della cavità pleurica sinistra. Se si fa prendere al malato la posizione genupettorale, il liquido, se è mobile, va a raccogliersi nel seno costo-diaframmatico anteriore; lo spazio diventa ottuso. Esso, invero, potrebbe essere ugualmente ottuso se il tessuto polmonare sottogiacente fosse più denso, ma questa seconda ottusità è fissa e non si modifica con le diverse posizioni del malato.

D'altra parte, si hanno anche degli errori. Lo spazio di Traube può essere ottuso anche senza versamento. Si può trattare di osteo-condrite, di sarcoma centrale, di ipertrofia del lobo sinistro del fegato, di ipertrofia della milza. Certe condensazioni polmonari danno un'evidente ottusità, la quale, però, rimane superiore e non oltrepassa l'estensione di due dita trasverse.

Se vi è un versamento, questo può essere abbondante e incistato alla base. L'ottusità allora non varia con i cambiamenti di posizione. La pneumosierosa permette allora di vederci chiaro, rivelando i limiti della sacca e la possibile esistenza di tramezzi. Le variazioni di estensione dell'ottusità non danno indicazioni sul progredire o sul regredire del versamento essendo piuttosto, in parte, funzione della tonicità del diaframma.

Le indicazioni della toracentesi non sono quindi da subordinarsi con l'ottusità dello spazio di Traube. Talvolta non vi è affatto versamento; anche le aderenze freno-costali possono essere causa di confusione. In tal caso, gli spazi costali sono depressi e le coste inferiori sono attirate verso la linea mediana. Se si intrdoducesse a tale livello il trequarti, si rischierebbe di traversare le aderenze e di arrivare nell'addome e nello stomaco.

(*Journal des praticiens*, 19 settembre 1925).

fil.

I punti dolorosi della III, IV e V vertebra dorsale nella tubercolosi polmonare.

Secondo Girbal (*Journal des praticiens*, 1925, n. 13) si troverebbero abbastanza precocemente nella tubercolosi polmonare, anche quando le lesioni sono minime dei punti dolorosi che possono essere spontanei o provocati alla pressione digitale, in corrispondenza della III, IV, V vertebra dorsale. Di solito, la vertebra dolorosa è più saliente, sicchè può simulare un morbo di Pott iniziale, che viene però escluso dall'esame radiografico col quale si mette in rilievo un aumento in altezza della parte posteriore degli spazi intervertebrali in rapporto con la vertebra dolente, fatto che è l'opposto di quanto si osserva nel vero morbo di Pott.

La patogenesi di tale dolorabilità sarebbe da riferirsi ad un'ipotonia muscolare consecutiva al dimagrimento così frequente nel periodo d'impregnazione bacillare, la quale non permetterebbe più ai muscoli dorsali di mantenere in posizione verticale la colonna vertebrale che viene così trascinata in avanti dal peso della parte superiore del corpo. La rottura parziale di questo equilibrio tende ad aumentare la curvatura fisiologica dorsale che è più sensibile in corrispondenza della III o IV e più raramente della V. La vertebra che, per effetto dell'aumento di curvatura, diventa la più saliente, esplica sulla sua apofisi spinosa una certa forza che, esagerando la pressione del corpo vertebrale contro i dischi intervertebrali già indolenziti, risveglia un dolore in corrispondenza dei detti dischi, specialmente nella loro porzione periferica. A tale sensibilità si aggiunge un'algia dei legamenti vertebrali distesi. La localizzazione alla II e IV vertebra si spiega col fatto che la III corrisponde al punto in cui vengono a finire le scissure interlobari che si estendono appunto da essa fino all'estremità anteriore della VI costola.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Ulcere sifilitiche delle dita.

G. Bienfait (*Thèse de Paris* e *Presse médicale*, 19 settembre 1925) su 690 ulcere extragenitali ne ha osservate 29 alle dita. La frequenza sarebbe quindi di 4 % sulle ulceri extragenitali e di 1 su 400 delle ulceri in generale.

Il modo di contaminazione può essere venereo (18 casi su 29) o professionale (4 casi) oppure accidentale (7 casi di cui 5 morsicature). La maggior frequenza si osserva nell'indice e nel medio; viene poi il pollice e più raramente l'anulare ed il mignolo.

L'ulcera sifilitica del dito affetta ora la forma erosiva oppure, più spesso, quella tipica ulcerosa; esiste spesso l'infezione secondaria; i margini sono più o meno scollati, il fondo grigia-

stro, difteroide. I caratteri dell'indurimento di aspetto e di mancanza del dolore sono frequentemente modificati, ciò che può indurre ad errori.

Si hanno talvolta altre forme, come quella di patereccio, oppure l'ulcera ipertrofica o fungosa. Esiste adenopatia ascellare od epitrocleare od entrambe contemporaneamente. Piuttosto rare sono le complicazioni; si osserva talora adenite acuta o linfangite.

La diagnosi è posta spesso con patereccio, diagnosi talora difficile che esige la ricerca del treponema. Più raramente si farà confusione col tubercolo anatomico, col tubercolo verrucoso, con un'ulcera molle, con un tumore ulcerato.

La prognosi della sifilide così acquisita non sembra più oscura di quella della sifilide contratta per via genitale. *fil.*

La crosta lattea.

Dind (*Schweizerische med. Wochens.*, 8 giugno 1925) attribuisce ai focolai dentari gran parte degli eczemi della prima età localizzati alle guancie ed al cuoio capelluto ed osserva che, nella maggior parte dei casi si è esagerata l'importanza attribuita alla sovralimentazione od all'alimentazione viziata.

I due fattori essenziali sono la predisposizione individuale che è costituzionale e particolarmente familiare e l'influenza scatenatrice del riassorbimento gengivale provocata dall'accrescimento del dente. Altri elementi spiegano in certi poppanti la comparsa di complicazioni, come prurito che si esagera nei sovralimentati, impetiginizzazione negli scabbiosi, ftiriasici o mal tenuti, talora anche morte subitanea nei timolinfatici.

Spesso l'eczema di origine dentaria si accompagna ad attacchi febbrili anche senza nessuna infezione; la febbre dentaria è del resto un fatto di osservazione comune ed innegabile.

L'eczema dei poppanti che mettono i denti guarisce spontaneamente dopo compiuta l'eruzione dentaria che lo ha provocato. L'importante è di evitare le complicazioni; distaccare anzitutto la crosta mediante applicazioni oleose ed astenersi da medicazioni aderenti od occlusive, dare invece la preferenza alle medicazioni umide (liquido di Burow, di Dakin, acqua distillata). Vi si può aggiungere la proteinoterapia (iniezioni di latte) i raggi X, ma non è affatto il caso di modificare il regime alimentare, che si ridurrà soltanto di quantità se vi è febbre o prurito. *fil.*

La cura delle lesioni cutanee con il liquido di Calot.

La cura delle dermatosi e di certe forme di lesioni cutanee col liquido del Calot è assai indicata, perchè non consistendo nel semplice uso di un antisettico, non è una cura puramente disinfettante, ma, secondo Calot, è una cura la quale ha l'effetto di impedire la comparsa di decomposizioni putride nelle parti corrispondenti, essendo un liquido modificatore a tipo secco, come egli lo chiama, perchè non determina fusione.

Il liquido del Calot è formato da una mescolanza di etere e di olio al creosoto, secondo la formula seguente:

Olio sterilizzato	gr. 70
Etere solforico	» 30
Creosoto puro	» 6
Iodoformio	» 10

Salghini (*Gaz. degli Osp. e delle Cliniche*, n. 24, 1925), ha trattato e guarito col liquido del Calot varie forme di eczema acuto, umido, specifico (13 casi); due casi di scottature di 2° e 3° grado, alcune forme di piodermite differenti, lesioni cutanee da cause comuni (traumi, tagli), piaghe torbide ed infine alcune forme di tubercolosi della pelle, come ulcere lupose.

Con tale trattamento le lesioni cutanee descritte non vanno mai soggette ad irritazione alcuna; fino dall'inizio della cura il rossore, l'edema, la dolenzia, il prurito scompaiono completamente e le crosticine cadono.

La prima azione che il liquido del Calot esercita sulla dermatosi è la calmante; in seguito accelera lo sviluppo delle granulazioni e previene ogni processo settico.

Tutto quello quindi che si può ottenere ragionevolmente da un complesso di sostanze antisettiche e antitubercolari, il liquido del Calot può farcelo ottenere in modo sicuro.

A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Studio patogenetico dello squilibrio addominale.

Sotto il nome di squilibrio addominale si deve intendere un insieme di sintomi funzionali e fisici causati da disturbi della statica degli organi dell'addome.

Secondo Fraikin (*Paris Médical*, n. 28, luglio 1925) se ne distinguono due varietà:

1) Squilibrio con insufficienza delle pareti muscolari che limitano la cavità addominale, e ptosi degli organi;

2) Squilibrio senza manifesta insufficienza della parete, con ptosi totale o parziale dei visceri, e con disturbi della circolazione e dell'innervazione dell'addome.

Le pareti che limitano la cavità addominale hanno la funzione di mantenere la statica del ventre, di esercitare il massaggio degli organi in

esso contenuti, e di decongestionarli al momento voluto.

Nella prima varietà di squilibrio l'addome risente rapidamente gli effetti dell'inerzia muscolare. Gli organi alterano la loro statica e la loro funzione, e il sistema nervoso viene coinvolto per il triplice meccanismo dell'affaticamento, dello stiramento dei filamenti nervosi e dell'intossicazione. Si manifesta allora uno stato di impressionabilità e di ipereccitabilità del malato, che si ripercuote a sua volta sull'attività funzionale dei visceri.

Importanza grande acquistano poi i disturbi circolatori, legati anch'essi alla ptosi degli organi, diguisachè, per la stasi sanguigna che ne deriva, vengono ad essere alterati notevolmente: l'attività d'assorbimento e di eliminazione dell'intestino, come pure l'innervazione vaso-motrice e funzionale del ventre, e la funzionalità degli altri organi addominali, quali i reni, la vescica, il fegato, la milza, ecc.

La seconda varietà di squilibrio procede dai visceri alla parete. All'inizio si ha un disturbo di fegato, un'alterazione della funzione biliare, una insufficienza epatica. Ne risulta una modificazione dei succhi digestivi del duodeno, nel senso che, per una insufficiente neutralizzazione del chimo, l'evacuazione del contenuto pilorico nel duodeno, e di quella del duodeno nel digiuno, avviene con più lentezza, generando una stasi alimentare. Da ciò deriverà una ptosi e una alterazione morfologica dello stomaco e del duodeno, che segnerà il punto di partenza dello squilibrio addominale.

Oltre però che ai disturbi epatici, tale squilibrio può riconoscere la sua causa patogenetica in una stipsi cronica, per la quale il colon trasverso si abbassa e si allunga, provocando la disfunzione dei segmenti gastro-intestinali a monte. Le due cause possono poi abbinarsi e sovrapporsi, stabilendo dei circoli viziosi svariati.

Lo squilibrio addominale è più frequente nelle donne, a causa della vita sedentaria, dell'abuso dei busti, delle gravidanze, delle stitichezze ostinate, della cattiva igiene. Negli uomini poi potrà riscontrarsi tanto nei soggetti con rallentamento della nutrizione, quanto nei soggetti magri, « senza ventre », affetti da disturbi epatici ed artritici.

Come si è accennato, lo squilibrio addominale porta ad alterazioni nervose varie, che possono andare da nevropatie semplici a forme di algie diverse, come pure a dei veri e propri stati nevrastenici, fino alle psiconeurosi.

M. FABERI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

APOLLONI GIOVANNI. *Apparecchi sanitari.* — Roma, Tip. Befani, 1925.

ALHAIQUE A. *La terapia delle pieliti con urotropina per iniezioni endovenose.* — Napoli, « La Nuovissima », 1924.

ID. *Indicazioni e risultati delle cure di restaurazione funzionale negli infortunati.* — Napoli, Nicola Jovene, 1924.

AIELLO GIUSEPPE. *Sui rapporti tra glicemia, pressione arteriosa e funzione renale.* — Napoli, G Barca, 1924.

ID. *Ricerche sulla lipemia e suoi componenti nelle malattie del sangue e del sistema emopoietico ed in un caso di spirochetosi ittero-emorragica.* — Torino, S. Lattes & C., 1923.

ID. *Sulla recettività della cute alle infezioni.* — Milano, Antonio Cordani, 1924.

ANGIULLI GUSTAVO. *Le inalazioni nella cura della tubercolosi polmonare.* — Roma, « Grafia », 1924

ANTINORI G. *Chemioterapia delle pneumococcemie.* — Palermo, A. Giannitrapani, 1924.

ANTONINI GIUSEPPE. *L'Ospedale Psichiatrico provinciale di Milano in Mombello.* — Milano, Stucchi Ceretti, 1925.

ALFIERI EMILIO. *L'assistenza degli esposti nel Regolamento 16 dicembre 1923.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1925.

BAJARDO FERNANDO. *Il carbonchio nell'uomo (Cura).* — Montefiascone, M. Liverziani, 1925.

FALCIONI D. *La recrudescenza della malaria. Cause e rimedi.* — Roma, 1924.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BORGORICO (*Padova*). — Concorso posto medico. Stip. L. 9000. Caro-viveri secondo regolamento. Indenn. caval. L. 3000. Rimborso ambul. L. 840. Conduzione L. 600. Documenti di rito. Scadenza 30 novembre.

BRESCIA. — *Spedali civili.* — Sei posti di medico assistente; vedi fasc. 45. Scad. 30 nov.

CAMINO DI CODROIPO (*Udine*). — Medico-chirurgo-ostetrico. Stip. lordo L. 9000, con 6 aum. quadr. del decimo; indenn. per mezzo trasporto L. 3000.; id. di servizio attivo L. 500; id. di uff. san. lire 800, più caro viveri di legge. Documenti di rito. Tassa di amm. al concorso L. 50.15. Scadenza 24 nov. 1925. Per schiarimenti rivolgersi alla locale segreteria comunale.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — 2ª cond.; a tutto 25 nov.; L. 8000 e 5 quadr. dec.; c.-v.; L. 1000-3000 trasp. Tassa L. 50.10. Età 25-45 a. Il conc. non sarà ritenuto valido se non vi parteciperanno almeno 5 concorrenti. Serv. entro 20 gg.

CREMONA. — *Manicomio Provinciale.* — Medico di prima e seconda classe. Vedi fasc. 45. Scad. 20 nov..

ESPERIA (*Caserta*). — Cond. per le frazioni di S. Pietro e Monticelli; L. 7000 con cinque quadrienni del 1/10; età mass. 40 a. Scad. 30 nov.

FIVIZZANO (*Massa Carrara*). — L. 9000, con 5 quinquenni del 1/10; cav. L. 1500; c.-v. Scad. 25 novembre.

FORLÌ. — Ufficiale sanitario. L. 14,000 e indenn. servizio attivo 2000, con supplemento temporaneo di altre 2000, doppio c.-v.; 10 bienni del ventesimo. Età mass. 45. Scad. 30 nov.

GARBAGNATE (*Milano*). — Vedi fasc. 44. Scad. 28 novembre.

GARGNANO (*Brescia*). — Ab. 1260 di cui 200 pov.; L. 10,000 e 6 quinq. decimo; trasp. L. 2000; c.-v. Scad. 30 nov. Lago di Garda.

GRADO. — Proroga del concorso al 20 novembre, L. 8000; oltre L. 3000 per indennità alloggio; c.-v.; 4 quadrienni del dec. Età mass. 40 a.

LUCITO (*Campobasso*). — Condotta per i poveri (circa 50); L. 5500 (*sic!*) aumentabili di un dec. per ogni quinquennio. Scad. 20 nov.

MALVAGNA (*Messina*). — Scad. 25 nov.; L. 9000.

MEDUNA DI LIVENZA (*Treviso*). — Proroga a tutto 15 genn.; L. 8000; doppio c.-v.; trasp. L. 2500; uff. san. L. 500. Tassa concorso L. 50.10. Chiedere bando.

MILANO. *Consiglio Ospitaliero.* — Med. assistente residente nell'Ospedale-Sanatorio V. E. II per tubercolotici in Garbagnate; L. 4500 nette oltre L. 1000 indenn. resid., alloggio, illum., riscald., vitto, obbligo di pernottam. e turno di guardia. Età mass. 35 a. Titoli ed esami. Tassa L. 50. Scad. 28 nov.

NAPOLI. *R. Accademia di Belle Arti e Liceo Artistico.* — Professore di anatomia. Docum. al Ministero della P. I. (Direz. Gener. per le Antichità e le Belle Arti). Scad. 30 dic.

NAPOLI. *Stazione Zoologica.* (Ente morale). — È vacante il posto di caporeparto per la fisiologia. Le condizioni offerte sono: stipendio iniziale annue lire 18,000 con aumenti quadriennali di lire 2000 fino ad un massimo complessivo di L. 24.000 oltre una indennità di carica da deliberarsi dal Consiglio di amministrazione, la quale come massimo potrà raggiungere annue L. 6000, ed in linea provvisoria una indennità pel caro-vita. Le domande su carta libera dovranno essere indirizzate alla Stazione Zoologica.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — 4189 ab.; luogo montano, di villeggiatura; comode strade carrozzabili. Per 1000 poveri L. 8000; L. 5 per ogni pov. in più. Indenn. trasporto: 3500 (automobile o cavallo); 2000 (motocicletta); 1000 (bicicletta). Aumenti del dec. ogni quadriennio. Scad. 30 nov. Servizio entro 30 giorni.

PIOMBINO (*Pisa*). — Ufficiale sanitario. Vedi fascicolo 45 Scad. 20 dic.

PONZANO DI FERMO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 per i pov. fino al 25 % della popol.; L. 2700 cavallo; L. 500 uff. san.; L. 360 arm. farm.; L. 500 indenn. laurea; addizion. L. 5; cinque quadrienni dec.

ROCCADEBALDI (*Cuneo*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 oltre L. 2000 mezzo trasp. e L. 600 uff. san. Chiedere annunzio.

ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Al 28 dic.; L. 8500 e 5 quadrienni dec.; c.-v. Età lim. 39 a. Il concorso sarà prorogato nel caso che i concorrenti non siano almeno due.

SAN DEMETRIO NEI VESTINI (*Aquila*). — Per medico-chirurgico. Stipendio annuo L. 12,000 complessive. Aumenti quinq. del decimo. Ottima residenza. Scadenza 30 nov. Richiedere norme al Sindaco.

SARNANO (*Macerata*). — Scad. 25 nov.; L. 7000 e 2 c.-v.; L. 780 uff. san.; L. 1500 cav.; 3 quadr. decimo.

TORINO. *O. P. Ospedale S. Luigi Gonzaga.* — Chirurgo primario e medico primario. Vedi fascicolo 44. Scad. 20 nov.

TRAPANI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Trapani; L. 12,000, 3 quadrienni e 5 quinquenni di L. 900. Età lim. 45 a. Scad. 20 nov.

VILLA S. LUCIA (*Caserta*). — Al 30 nov.; L. 8000 oltre L. 2400 cavalc. e L. 500 uff. san.; 5 quadr. decimo. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Docum. a 3 mesi dal 30 ott. Serv. entro 15 gg.

Diffide.

Nuova diffida: 2ª condotta di Lu Monferrato (Alessandria).

CONCORSI A PREMI.

Fondazione Colasanti.

Concorso a un premio della Fondazione Colasanti. Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia nella Università di Roma durante l'ultimo quadriennio scolastico. Devono comprovare d'aver seguito l'intero corso universitario in detto Ateneo. Documenti al Rettore non più tardi delle ore 12 del 30 nov. Al concorso dovranno presentarsi una o più memorie originali a stampa, trattanti argomenti di farmacologia sperimentale; dovranno essere consegnate nel Rettorato non più tardi delle ore 12 del 1° giugno 1926. Il concorso sarà deciso nel mese di luglio 1926: il premio sarà di L. 1200.

Fondazione Carlo Forlanini.

La Fondazione Carlo Forlanini, sorta per onorare la memoria di Carlo Forlanini, bandisce un concorso per un lavoro originale che riguardi o l'anatomia patologica, o la patogenesi, o la diagnostica, o la terapia della tubercolosi polmonare.

Il lavoro a stampa o dattilografato, deve essere presentato in otto esemplari entro le ore quindici del 31 dicembre 1926 alla Direzione dell'Ospedale Maggiore di Milano, via Ospedale 5. Ivi possono richiedersi le altre condizioni.

Il premio, indivisibile, è di L. 10,000 ed il Consiglio si riserva di contribuire alla pubblicazione del lavoro, nella misura che riterrà opportuno.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Corsi.

Due posti di studio della Fondazione Corsi, fra laureati in medicina nell'Università di Roma da non oltre un triennio dopo due anni di frequenza e avendo conseguito una media di 24/30. Il concorso seguirà a mezzo di una o più memorie originali. Premio di L. 250 mensili per otto mesi. Scad. ore 12 del 21 nov. Rivolgersi al rettorato.

Fondazione Rolli.

Otto premi della Fondazione Rolli, di L. 1000 ciascuno, per studenti del 1° al 6° anno compiuti della Facoltà di Medicina di Roma; prove scritte, orali e pratiche Scad. ore 12 dell'11 dic. Rivolgersi al rettorato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società Italiana di Oftalmologia ha assegnato al prof. dott. Riccardo Versari, direttore dell'Istituto Anatomico della nostra Università, il premio posto a concorso per i migliori lavori di anatomia ed embriologia dell'occhio facendo al vincitore una lusinghiera manifestazione di stima. Congratulazioni.

Il prof. Gaetano Fichera che, invitato dal Governo argentino, ha tenuto delle dotte conferenze sul cancro all'Università di Buenos Aires, è stato nominato accademico onorario di quella Università, ove, per tale conferimento, ebbe luogo un ricevimento ufficiale al quale hanno partecipato tutto il mondo scientifico della capitale argentina, la rappresentanza del Governo e le autorità cittadine. Congratulazioni.

Il dott. Carlo Chagas è nominato titolare della cattedra di medicina tropicale, recentemente istituita nell'Università di Rio de Janeiro.

A succedere al prof. Depage nella 1ª Clinica chirurgica di Bruxelles è stato chiamato il prof. Vertoogen.

L'Università di Bristol (Irlanda) ha conferito solennemente gradi accademici onorari a sir Berkeley G. A. Moynihan, professore di clinica chirurgica a Leeds, ed a sir Humphry D. Rolleston, presidente del Collegio Reale dei Medici di Londra.

La Commissione nominata dalla Reale Società Italiana d'Igiene di Milano per il giudizio sul « Concorso per un opuscolo di propaganda antialcoolista », ha ritenuto ad unanimità meritevole del premio (grande medaglia d'oro offerta dal dott. Luigi Bellezza e dalla ditta U. Marucelli) il signor Virgilio Belloni, insegnante nelle Scuole comunali di Milano.

La « Academia de Medicina » di Rio de Janeiro ha assegnato la medaglia d'oro del premio Alvarenga al dott. Americo Valerio per le sue ricerche sulla sciatica.

Il dott. Augusto Cassuto ha conseguito per titoli la libera docenza in Clinica delle Malattie delle Vie Urinarie; la commissione centrale, composta dei professori Roberto Alessandri, Davide Giordano e Gino Lasio, lo ha approvato alla unanimità dei voti. Inviamo il nostro compiacimento al nostro amico e collaboratore.

Giorni or sono si sono espletate in Roma le prove di libera docenza in radiologia con la Commissione composta dai proff. V. Maragliano di Genova, Bertolotti di Torino, Busi di Roma. Hanno conseguita brillantemente la docenza i proff. Bianchini di Roma, Bianchi di Genova, Del Buono di Bari, Lupo di Torino, Possati di Bologna, Vespignani di Padova. Il prof. Bianchini, nostro

collaboratore e ben noto radiologo della R. Clinica Chirurgica di Roma, per l'eccellenza dei suoi titoli sia scientifici che di carriera, è stato dalla Commissione esonerato *ad honorem* da qualsiasi prova pratica e didattica. Rallegramenti vivissimi.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO:

Gran Cordone: Sen. prof. Mangiagalli Luigi, Milano.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA:

Gran Cordone: Sen. prof. Marchiafava Ettore, Roma.

Grand'Ufficiali: Prof. Putti Vittorio, Bologna; prof. Poggi Alfonso, Bologna; prof. Majocchi Domenico, Bologna; prof. Grazzi Vittorio, Pisa.

Commendatori: Prof. Ascoli Alberto, Modena; prof. Pende Nicola, Genova; prof. Viola Giacinto, Bologna; prof. Cividalli Attilo, Padova; prof. Arcoleo Eugenio, Palermo; prof. Feletti Raimondo, Catania; prof. Sfameni Pasquale, Bologna; prof. Ortali Cesare, Roma.

Ufficiale: Prof. Maggioni Aldo, Genova.

Cavaliere: Dott. Robecchi Paolo, Torino.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congressi medici di Roma.

Dei Congressi di medicina interna, chirurgia, urologia e ortopedia, che hanno assunto in quest'anno uno sviluppo maggiore del consueto, daremo ampi resoconti, nell'apposita rubrica, a partire da questo numero.

XIX Congresso Nazionale Sindacato Medici Condotti.

Si è tenuto a Siracusa dal 19 al 21 ottobre; ne daremo prossimamente il resoconto.

Congresso di Storia delle Scienze mediche e naturali.

Si è tenuto a Venezia dal 13 al 15 settembre, nella biblioteca dell'Ospedale Civile, sotto la presidenza del sen. Giordano; i lavori furono iniziati con un discorso del sen. Rava e proseguirono attivi.

XII Conferenza internazionale della Croce Rossa.

Si è tenuta a Ginevra alla metà di ottobre.

Un alto sentimento di considerazione e di simpatia da parte delle Croci Rosse e dei Governi esteri ha circondato l'opera della Delegazione italiana nella Conferenza. Il generale Baduel trattò la questione della neutralizzazione degli aeroplani sanitari con competenza e con proposte di grande praticità che furono accettate dall'assemblea; delle relazioni fra Croci Rosse e Sanità militari; dell'adozione di una carta d'identità per i varî membri delle Croci Rosse che viaggiano all'estero, per ottenere aiuti morali e sanitari dalle Croci Rosse sorelle, felice idea del sen. Ciraolo che in tal senso aveva stretto un patto con la Croce Rossa Americana con ottimi risultati.

Il progetto Ciraolo costituì anche questa volta uno degli argomenti più importanti della Conferenza. L'assemblea, felicitandosi del successo riportato alla VI Assemblea della Società delle Nazioni, invitò con un solenne voto Governi e Croci Rosse ad affrettare e secondare la procedura stabilita che porterà in brevissimo tempo alla attuazione pratica dell'Unione internazionale del soccorso, generosa iniziativa di un italiano.

I lavori del Congresso si sono chiusi con tre conferenze: del delegato italiano generale medico prof. Baduel, che parlò, applauditissimo, all'*Athénée*, sul tradizionale concorso della Croce Rossa Italiana alla lotta contro la malaria in Italia; del colonnello Picqué sull'aviazione sanitaria, e del colonnello Hauser sul materiale della Sanità militare svizzera.

Al Congresso è stata annessa un'esposizione di materiale sanitario.

Gran concorso di pubblico; molto ammirato lo *stand* della Croce Rossa Italiana, che aveva esposto i principali tipi di tende per i soccorsi in guerra e nelle calamità, ricco materiale sanitario e la dimostrazione grafica delle opere di pace, ecc.

XI Congresso Internazionale d'Idrologia e Climatologia.

Si è adunato dal 10 al 14 ottobre a Bruxelles, nel Palazzo delle Accademie, sotto la presidenza del dott. Terwange. Alla solenne inaugurazione il sen. Sanarelli recò il saluto dell'Italia.

Principali temi di discussione sono stati: il trattamento idro-minerale e climatico delle affezioni gastro-vascolari e il trattamento con acque minerali sulfuree. È stato deciso che il prossimo congresso si terrà in Italia.

Per gli atti e per informazioni rivolgersi al segretario dott. Poirot-Delpech, rue de la Planche, 3 - Paris.

Congresso russo d'idrologia.

Dal 27 agosto al 2 settembre fu tenuto nel Caucaso il Congresso di idrologia. Vi presero parte non soltanto i medici specialisti, ma pure gli studiosi di altre discipline. Il Congresso fu inaugurato in presenza di 500 delegati dal prof. Semenko, commissario della Salute Pubblica, eletto presidente del Congresso. Il lavoro del Congresso fu diviso in 4 sezioni: 1) Organizzazione sociale; 2) Balneologia; 3) Climatologia; 4) Organizzazione, mantenimento e miglioramento delle stazioni di cura.

L'Istituto di radiologia e terapia fisica degli Ospedali riuniti di Brescia.

È stato solennemente inaugurato nello scorso luglio, creato *ex novo* in uno dei locali più ampî e più belli dell'Ospedale. Comprende una quindicina di ambienti suddivisi in tre gruppi: Sezione di radiologia, Sezione di terapia fisica (diatermia, foto-elettroterapia) e Sezione per i servizi generali, con officina, archivio, ecc., tutti muniti dei

più moderni e più pratici apparecchi. Direttore ne è il dott. Alberti.

Sono da segnalare, fra l'altro, le scrupolose misure di protezione per i lavoratori e la lodevole decisione del Consiglio d'Amministrazione di provvedere all'assicurazione del personale radiologico.

L'Ospizio Marino di Ostia.

Il giorno 1° novembre il Comitato Romano per la lotta antitubercolare, ha riconsegnato al Comune l'Ospizio Marino di Ostia, che esso ebbe l'onore di gestire per un triennio. Il Municipio rientra così nel possesso di una sua proprietà, mosso dallo scopo di ampliarla, per potervi accogliere un numero maggiore di fanciulli, estendendo, in tal modo, il beneficio della cura marina.

È opera del Comitato Romano l'organizzazione e l'orientamento educativo dato a quest'ospizio.

A tale proposito non è inutile ricordare l'ammirazione che l'Ospizio meritò invariabilmente da tutti coloro che lo visitarono.

Consulenza sanitaria nella Colonia Eritrea.

Con decreti del Governatore della Colonia Eritrea è stata istituita una Consulenza tecnica per le materie sanitarie ed igieniche.

Il Consulente Sanitario, prescelto nella persona del maggiore medico cav. Agostino Ritucci Chinni, deve tenere al corrente il Governatore delle condizioni sanitarie ed igieniche della Colonia e dell'andamento dei servizi relativi a tali materie: sottopone al Governatore studi e proposte per la più efficace esplicazione dell'azione igienica e sanitaria in Colonia specialmente nei riguardi della difesa e dello sviluppo dell'elemento demografico, nonchè proposte circa l'organizzazione e la sistemazione dei servizi sanitari.

Pel regolamento alla legge sulla protezione della maternità e della infanzia.

Con decreto del Ministro dell'Interno è istituita una Commissione con l'incarico di procedere agli studi preparatorî necessari per la compilazione del Regolamento previsto nell'art. 25 del disegno di legge per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia e di tracciare le linee del Regolamento medesimo.

La Commissione è così composta: Marchiafava dott. prof. Ettore, senatore del Regno, presidente; Pironti dott. Alberto, senatore del Regno; Pestalozza dott. prof. Ernesto, senatore del Regno; Martire Egilberto, deputato al Parlamento; Valagussa dott. Francesco. Alla Commissione è aggregato, con funzioni di segretario, il dott. Attilio Lo Monaco, Consigliere dell'Amministrazione dell'Interno.

Norme per il commercio delle specialità medicinali.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato il Regio decreto-legge 7 agosto 1925, con cui si stabiliscono speciali norme per la produzione ed il commercio delle specialità medicinali.

Il provvedimento tende essenzialmente ad attuare un controllo di Stato sulla composizione qualitativa e quantitativa delle specialità; vieta il commercio di specialità che vantino proprietà ed effetti contrari alla verità o alla morale e contiene apposite norme intese a disciplinare le forme di pubblicità, la cui limitazione è imposta dalla serietà dei metodi di cura, oltre che dall'obbligo che incombe allo Stato di impedire che sia carpita la buona fede del pubblico.

Il decreto-legge dovrà avere la sua integrazione con le norme regolamentari, alle quali rimane subordinata la sua applicazione.

Lo pubblicheremo in un prossimo numero.

Urotropina falsificata.

A seguito di una ispezione straordinaria eseguita nello Stabilimento Farmaceutico della Ditta Reggè Ghirardelli e Co. di Milano, vennero prelevati alcuni campioni di urotropina compressa, preparati dalla stessa.

Poichè l'analisi ha accertato la presenza, nel prodotto medesimo, di sali ammoniacali e un forte residuo minerale di circa 25 %, costituito da ferro, calcio, magnesio, sodio, acido salicilico, e traccie di acido cloridrico e solforico, il Ministro dell'Interno, con decreto 2 ottobre corrente, ne ha proibita la vendita nel Regno e ne ha ordinato il temporaneo sequestro presso chiunque si trovi.

La Ditta Reggè Ghirardelli e C. è stata inoltre denunciata all'autorità giudiziaria per violazione dell'articolo 18, ultimo comma, della legge sull'esercizio delle farmacie.

Difesa dalla peste e dal colera.

Con ordinanze ministeriali sono sottoposte alle note misure profilattiche contro la peste le provenienze da Candia e da Tunisi, ed a quelle contro il colera le provenienze da Shanghai (Cina), Saigon e Cholon (Indocina), Karikale Pondicherry (possedimenti francesi in India), Manila (Filippine); è revocata l'ordinanza riguardante le misure contro la peste per le provenienze da Syra (Grecia).

Riforma degli studi medici in Austria.

Un Comitato composto di rappresentanti del Ministero della P. I. e delle Facoltà mediche dell'Austria ha proposto alcune modificazioni nel *curriculum* medico. La principale è l'aggiunta di un anno di pratica istituzionale prima di conseguire il diploma di «Universae Medicinae Doctor», non dopo il diploma, com'è attualmente in Germania. La pratica verrebbe fatta assegnando, a turni, un certo numero di diplomandi ai medici assistenti di istituti clinici o d'ospedali; la durata dell'intero corso verrebbe così portata da semestri undici a tredici (6 anni ½).

Le proposte suddette sono state accolte solo in parte da una nuova legge che regola gli studî medici; si sono introdotti solo 9 mesi di esercizio pratico, ma 3 possono trascorrersi durante l'ul-

timo periodo di studî, per modo che il corso si allunga solo di un semestre; è concessa la facoltà di fare l'internato dopo il diploma. Si sono portate varie restrizioni draconiane: per es. gli esami, « Rigorosum », sono ripartiti in tre gradi o sezioni; se il candidato cade in tre materie della prima sezione (eccettuate la zoologia e la fisica), egli viene escluso per sempre dagli studî medici in Austria, e non è ammesso a praticarvi la medicina neppure conseguendo il diploma in una nazione con cui sussista la reciprocità. Le nuove disposizioni avranno corso solo per i nuovi inscritti, a partire dall'anno scolastico 1925-26; ma tutti gl'inscritti prima del 1922 devono fare sei mesi d'internato.

Il servizio medico militare boicottato in Inghilterra.

La « British Medical Association » ha proclamato il boicottaggio del « Royal Army Medical Corps »; ciò significa l'invito a tutti i medici di astenersi dal partecipare a concorsi o di assumere cariche; inoltre gli annunzi di concorsi e posti vacanti non verranno più pubblicati sull'organo dell'Associazione.

Questa misura è stata determinata dal trattamento di quiescenza fatto ai maggiori medici, tale che essi verrebbero a ricevere una retribuzione inferiore al minimo che era stato loro garentito all'atto dell'assunzione in servizio.

Bisogno di ospedali in Inghilterra.

Una Commissione nominata nell'aprile scorso dal Ministero di Sanità ha riconosciuto, a quanto afferma il *British Med. Journ.*, che nella Gran Bretagna e nel Galles occorrerebbero altri 10,000 letti ospedalieri, il che importerebbe una spesa di 2 milioni di sterline, pari ad un quarto di miliardo di lire it.

Medico assolto.

Il dott. Ugo Bombelli è stato prosciolto, con la formola della più completa assoluzione, suffragata da una precisa e lucida motivazione, dall'accusa di correo in procurato aborto seguìto da morte e ha ripreso servizio regolare negli Ospedali di Roma.

Infortuni di sanitarî.

Il dott. Ferria, primario ospedaliero a Torino, rimaneva or è qualche tempo gravemente ferito, insieme alla figlia e a due passeggeri, in seguito al capovolgimento dell'automobile in cui viaggiava, precipitato per la scarpata di una strada nelle vicinanze di Portomaggiore (Ferrara).

Il dott. comm. Tasseri, medico di Ascoli Piceno e presidente di quella deputazione provinciale, rimaneva ferito, insieme a molti passeggeri, nelle vicinanze di Ancona, essendo stati sbalzati bruscamente fuori dell'automobile che, per lo scoppio di una gomma, deviava e andava ad arrestarsi contro un fossato. Rimaneva incolume soltanto il dott. Savini, radiologo dell'ospedale di Ascoli; egli prestò le prime cure ai feriti.

In un disastro automobilistico avvenuto presso Monterenzio (Bologna), rimaneva ucciso il dott. Alfredo Pasquali, laureato in veterinaria e diplomato in farmacia. Era ispettore sanitario dell'Ufficio d'Igiene del comune di Bologna. Si dovettero deplorare anche un altro morto e parecchi feriti gravi.

Il farmacista dott. Vittorio Bizzarri di Modena è rimasto inghiottito dalle sabbie mobili del Tanaro, sulle cui rive si era recato a pescare; gli sforzi disperati del fratello non valsero a trarlo in salvo.

Il prof. Giuseppe Antonini, direttore del Manicomio di Mombello, ha perduto il figlio Giulio, studente in ingegneria, caduto in un burrato durante un'ascensione alpina al Como Bianco. Sentite condoglianze.

Il dott. Giovanni De Angelis da Ardone (Reggio Cal.), di passaggio a Roma, è stato investito da un camion, riportando la frattura di ambo le braccia e varie gravi contusioni.

L'on. Umberto Brunelli, ritornando a Castelbolognese in bicicletta, reduce dalla visita ad un cliente, cadde riportando la frattura di un femore. È stato soccorso e curato amorevolmente nell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

La morte inesorabile ha strappato alla famiglia medica italiana e all'affetto degli amici. in piena maturità di età e di lavoro, il dott. prof. MARIO SEGALE, libero docente di patologia generale a Genova.

Era figlio di un medico. Súbito dopo la laurea si era consacrato alla ricerca originale con slancio operoso, animato dal fuoco sacro del sapere. Ma non venne secondato e sorretto, forse per la fierezza e indipendenza del suo carattere refrattario agli intrighi, immune da qualsiasi specie di transazioni; rimase così escluso dalla carriera universitaria. Senza ambizioni, si contentò di assumere la direzione dei laboratori scientifici degli Ospedali di Genóva.

Animato dal desiderio di rendersi utile alla scienza ed al paese, aveva fondato quell'ammirevole periodico che è « Pathologica », accreditato e diffuso largamente in Italia e fuori; ad esso aveva dato la sua operosità intelligente e tenace, facendone un organo vivo, ricco di contributi pregevoli e di informazioni d'ogni genere, in cui spesso esprimeva, in forma ardita e coraggiosa, apprezzamenti e giudizi avveduti e interessanti, echi della sua potente vitalità, faville di un fuoco nascosto ma non mai spento.

Aveva ideato e voluto l'Associazione della stampa medica, l'« Assim », e per lungo tempo l'aveva tenuta in piena efficienza.

Era generalmente ammirato per l'intelligenza eletta, per la coltura vasta, per l'attività; era

anche circondato di affettuose simpatie per il carattere probo e mite.

Col Segale è scomparsa una magnanima figura di uomo e di studioso. Rimpiangiamo la grave perdita e inviamo alla memoria dell'amico un commosso saluto. L. V.

È morto il prof. IGNAZIO FENOGLIO, di ottanta anni.

Fu per molti anni docente nella Università di Cagliari, ove insegnò patologia e clinica medica dal 1882 al 1906. Fu preside della facoltà medica dal 1889 al 1892. Tenne il rettorato dal 1896 fino al 1906.

Il Fenoglio portò nella cattedra la dirittura della mente e del carattere di maestro apprezzato ed amato.

Per quanto da molti anni avesse lasciato l'insegnamento viene ricordato per la sua nobile figura di uomo e di clinico.

È morto improvvisamente nell'età di 58 anni il dott. MICHELE FARAGLIA, medico condotto in in Sulmona, sua città nativa, ove esercitò la sua professione per cinque lustri. Fu padre amoroso, integro cittadino, professionista esimio. S. P.

Si è spento a 67 anni, di angina pectoris, il prof. ALBERT JOHN OCHSNER, chirurgo capo dell' Augusta Hospital e del St. Mary's Hospital e dal 1900 clinico chirurgo della Università di Illinois, a Chicago; copriva molte cariche e in questi ultimi tempi era stato eletto presidente dell'Associazione Chirurgica Americana e del Collegio Americano dei Chirurgi. È noto per i suoi studi sull'appendicite e specialmente per il suo metodo di cura col digiuno. Lascia alcuni trattati generali (Trattato di diagnosi e trattamento chirurgico, Clinica chirurgica per l'insegnamento dei pratici e degli studenti) e speciali (sull'appendicite, sulla tiroide e le paratiroidi, sulla costruzione, l'organizzazione e il funzionamento degli ospedali). La sua clinica era detta la Mecca dei chirurgi americani, che vi affluivano per conoscerne l'organizzazione irreprensibile e per la copia del materiale.

Si è spento a 41 anni il dott. HENRY GRAEME ANDERSON, consulente della Reale Armata Aerea della Gran Bretagna, chirurgo primario al St. Mark's Hospital di Londra, autore del trattato « The Medical and Surgical Aspects of Aviation ».

È morto a Monaco di Baviera a 68 anni, K. SCHLOSSER, professore di oftalmologia, cui si accredita di aver introdotto l'iniezione di alcool nel ganglio gasseriano per la cura della nevralgia del trigemino.

Il dott. THOMALLA, di Berlino, è morto a teatro, per un'emorragia cerebrale, mentre si rappresentava un dramma di cui egli era autore.

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59. - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 23 Novembre 1925 Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI CATANIA
diretto dal prof. R. FELETTI.

Lo Stovarsolo nella cura della malaria.

II. NOTA.

Proff. F. VALENTI (aiuto) e A. TOMASELLI (assistente)

Facendo seguito alla nota sullo stesso argomento, apparsa nel *Policlinico*, Sez. prat., dello scorso anno 1924, riferiamo sui risultati ottenuti con lo stovarsolo in tre casi di infezione malarica estivo-autunnale.

Il primo caso riguarda un uomo di 40 anni, che da circa tre mesi soffriva di febbri a tipo irregolare, contratte alla nostra Piana. Dopo una breve degenza all'ospedale « Vittorio Emanuele » di questa città, il paziente uscì di propria volontà, perchè gli accessi febbrili lo avevano abbandonato per alcuni giorni; ma, ritornando alle consuete occupazioni, fu ripreso dalle febbri, per cui si decise ad entrare nella Clinica Medica.

Il soggetto, oltre ad un discreto grado di anemia, faceva notare un marcato tumore splenico, e nel sangue circolante il *plasmodium praecox*. Fu iniziato subito l'uso dello stovarsolo alla dose di due compresse il primo giorno, e di tre nei giorni successivi. Dallo esame della tavola termometrica (N. 1) si può constatare come la febbre si sia presentata elevata fin dal secondo giorno di somministrazione del farmaco, piuttosto bassa al terzo giorno e molto alta (40,2) al quarto giorno. In questi ultimi accessi anzi si manifestarono fenomeni allarmanti a carico del sistema nervoso, che, facendo temere per un imminente andamento pernicioso della malattia, ci indussero a somministrare senz'altro il chinino. Con questo rimedio la febbre mancò per tre giorni, ma si ripresentò al quarto giorno e successivamente ancora al sesto, all'ottavo e al decimo giorno, malgrado si continuasse a somministrare il chinino tanto che il paziente, sfiduciato, abbandonò spontaneamente la Clinica.

Il secondo caso, in persona di un tedesco *globtrotter*, che aveva contratto la malaria in vicinanza di Terracina durante il suo viaggio in Italia, faceva notare accessi febbrili molto elevati, col tipico andamento della terzana maligna (N. 2), aveva un modico tumore di milza e impensieriva alquanto per un certo grado di stordimento e di apatia, da cui era preso durante la febbre. I parassiti malarici (*plasmodium praecox*), assenti durante i primi tre accessi febbrili, apparvero al quarto nel sangue periferico, in numero assai scarso. Fu somministrato lo stovarsolo alla dose di due compresse lo stesso giorno dell'accesso e l'indomani non si ebbe febbre, ma questa si ripresentò il giorno seguente, mante-

nendosi per oltre 48 ore. Continuando però a somministrare lo stovarsolo, e alla dose di tre compresse al giorno, nelle ore antimeridiane, si ebbe un periodo di quattro giorni in cui la febbre fu quasi del tutto assente, dopo dei quali si ebbero due accessi febbrili, separati da poche ore di apiressia. In queste due ultime febbri si notò nel

Aveva ancora un modico tumore di milza ed erano ancora presenti nel sangue circolante i parassiti della malaria, in modo che era facile presagire che nuovi accessi febbrili si sarebbero ancora presentati.

Molto più a lungo si potè seguire l'ammalato di cui è oggetto la terza osservazione (N. 3). Egli,

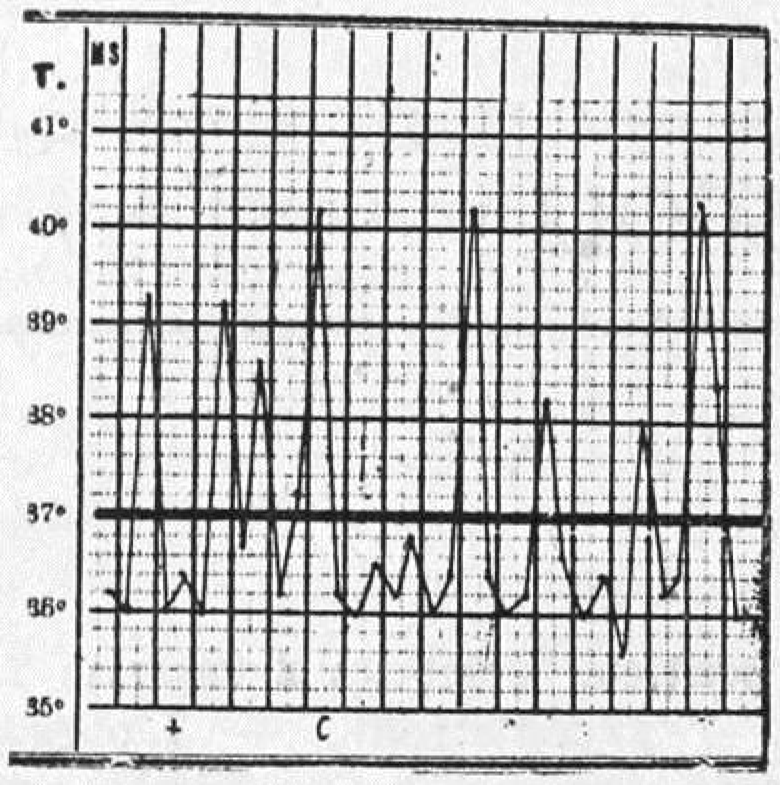


Fig. 1.

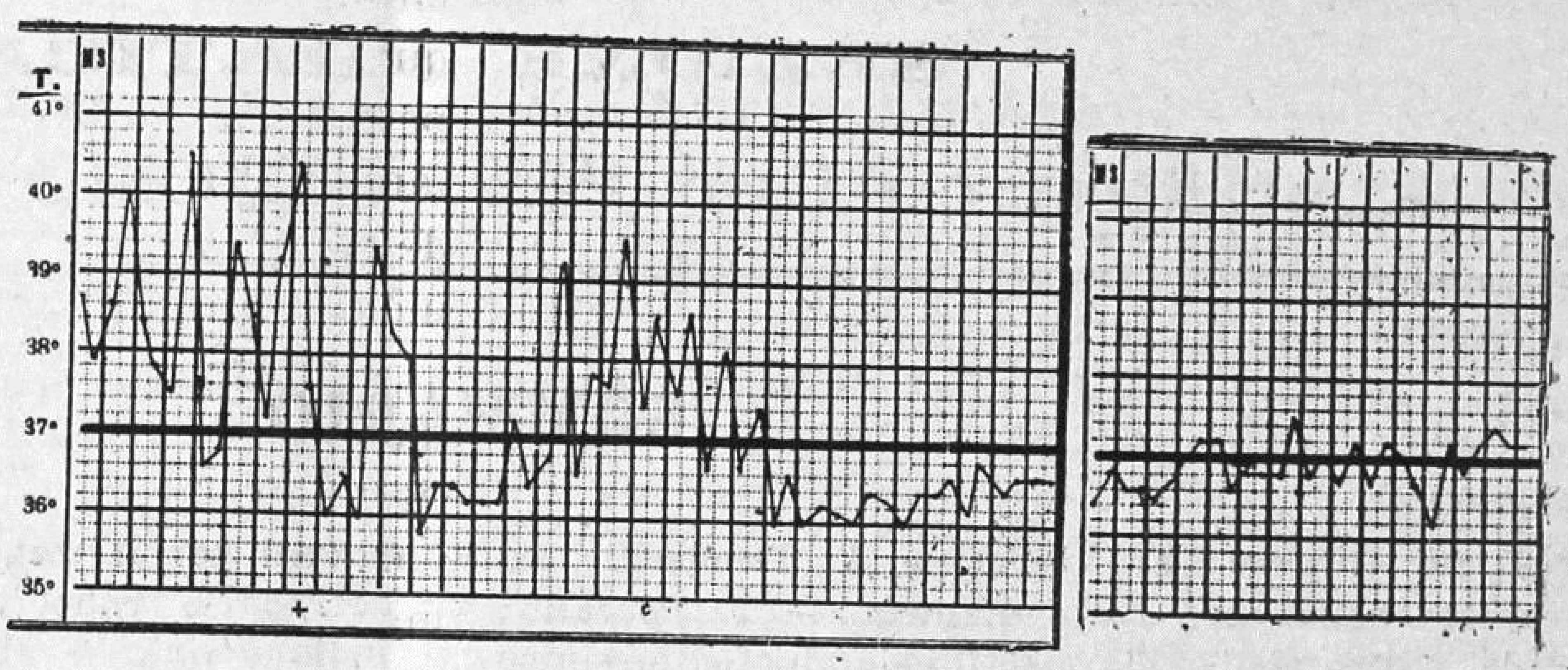


Fig. 2.

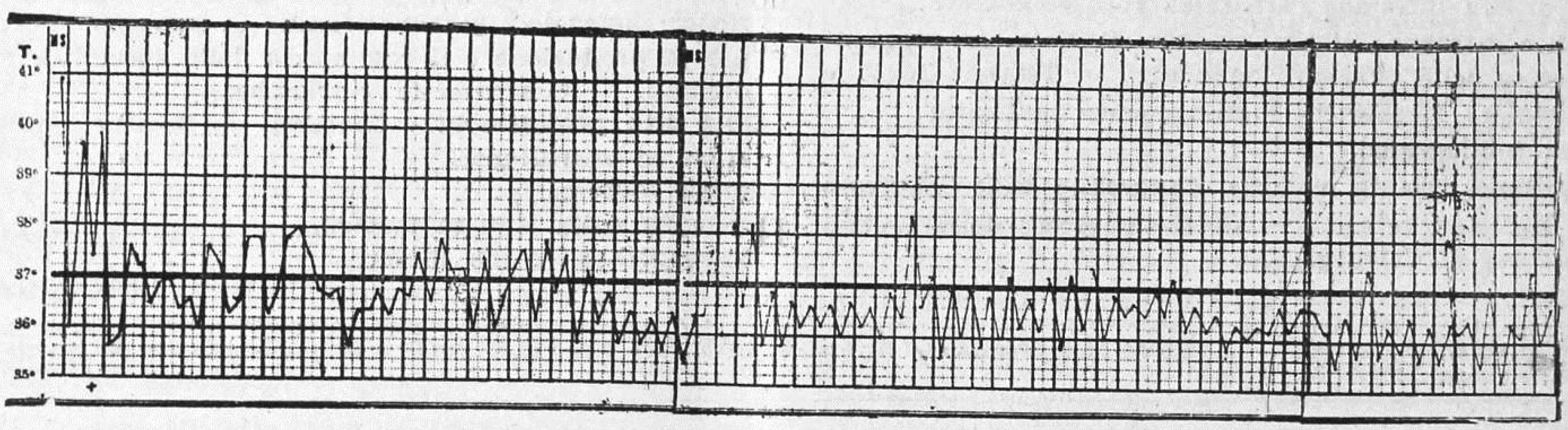


Fig. 3.

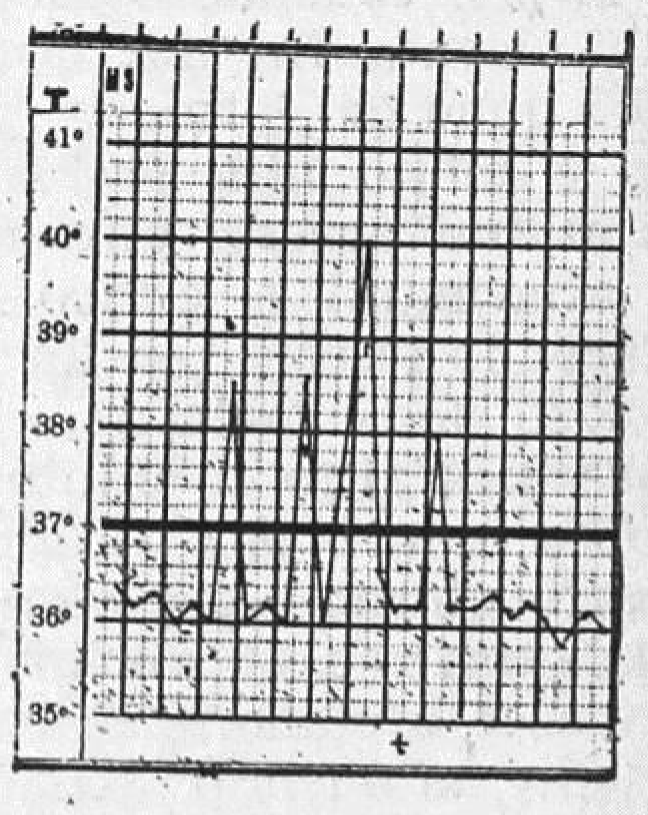


Fig. 4.

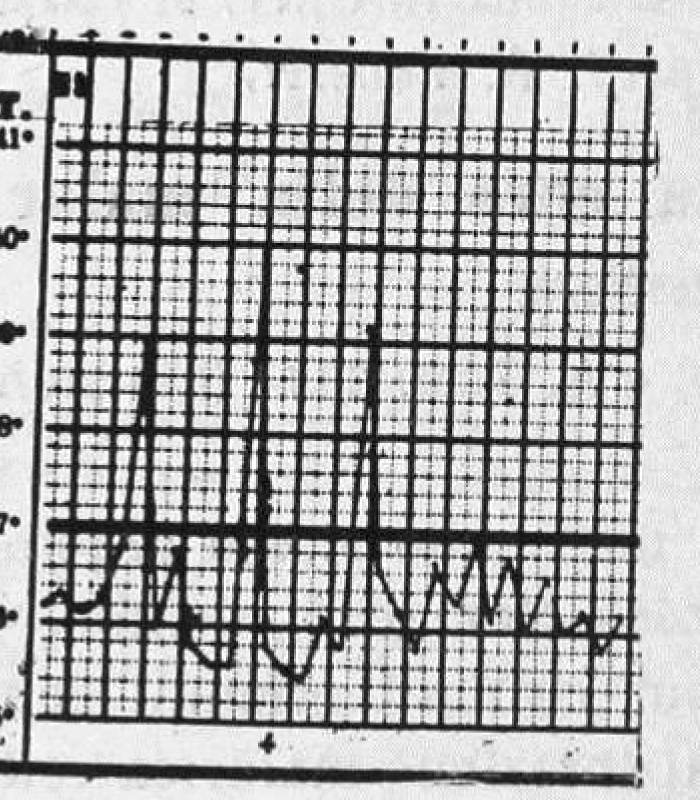


Fig. 5.

Nelle 5 curve il segno + indica il giorno di inizio di somministrazione dello Stovarsolo. Il segno C. quello del Chinino.

malato un certo grado di sopore e delirio, per cui, nel timore di un decorso maligno dell'infezione, si credette opportuno non insistere oltre nell'esperimento, e si ricorse al chinino. Durante la cura chinacea si ebbero ancora quattro accessi febbrili quotidiani, gradatamente decrescenti nella loro intensità, ai quali seguì un lungo periodo di apiressia ed infine un periodo febbricolare, durante il quale il malato, impaziente di proseguire il suo viaggio, volle essere dimesso dall'Ospedale.

giovane di 17 anni, contrasse le febbri nell'agosto scorso, alla Piana di Catania, dove trovavasi per ragioni di lavoro; e continuò per un certo tempo a dimorare colà, senza curarsi, malgrado la febbre venisse ogni giorno e quasi sempre molto alta. Ai primi di settembre venne a Catania, e dopo pochi giorni di permanenza a casa, entrò in Clinica. Faceva allora notare: grosso tumore di milza, che raggiungeva col suo polo anteriore l'ombelicale trasversa, marcata anemia, febbre al

di sopra di 40 C., lieve tumore epatico e presenza di numerose semilune malariche nel sangue circolante. Le condizioni generali del paziente erano tuttavia discrete, nè si notava alcun fenomeno allarmante da parte dei vari sistemi ed apparecchi, che potesse far temere un andamento pernicioso della malattia. Giudicammo quindi il caso assai adatto per un lungo esperimento con lo stovarsolo; e al quarto giorno di degenza ospedaliera ne iniziammo l'uso.

Ecco i risultati ottenuti:

A tre accessi febbrili a tipo quotidiano ed abbastanza alti manifestatisi nei primi tre giorni di degenza, e durante i quali l'ammalato non prese alcun farmaco, seguì, in coincidenza con la somministrazione dello stovarsolo, un periodo di febbri irregolari, sempre assai poco elevate, generalmente di pochi decimi al di sopra del 37 C. e che solo qualche volta toccavano i 38 C. Tali elevazioni termiche ora erano quotidiane, ed ora erano separate da un periodo di apiressia di 1-3-4 giorni. A questo periodo che durò oltre un mese, ne seguì un altro in cui le elevazioni termiche si fecero ancora più piccole, di 37,1-37,4, e gli intervalli di apiressia sempre più lunghi; e finalmente un terzo periodo in cui la febbre mancò del tutto, salvo rare ed isolate piccole punte febbrili.

Durante la cura lo stovarsolo fu somministrato alla dose di tre compresse al giorno, di tre ore in tre ore, nelle ore antimeridiane, poichè le febbri insorgevano sempre nel pomeriggio inoltrato; e furono date per oltre due mesi di seguito, senza che avesse a lamentarsi alcun inconveniente.

La milza si ridusse gradatamente di volume, tanto che negli ultimi giorni di degenza debordava tre centimetri appena dall'arco costale; ed il fegato ritornò nei limiti normali. I parassiti malarici, solo qualche volta rappresentati da poche forme endoglobulari di *plasmodium praecox*, ed il più delle volte da semilune, si mantennero abbondanti nel sangue circolante per oltre un mese; poi si fecero scarsi ed infine rari; ma non scomparvero del tutto, sino al giorno dell'uscita del malato dalla sala clinica.

Il paziente si rifece completamente nello stato generale e nella sanguificazione, anzi ingrassò notevolmente ed assunse un bel colorito roseo, fatto questo da mettersi forse in rapporto con l'arsenico contenuto nello stovarsolo.

Il paziente, insofferente della vita ospedaliera, credendosi completamente guarito, uscì dalla Clinica, dopo circa due mesi e mezzo di degenza; e da allora in poi non ne abbiamo più avuto notizia.

Questi i risultati ottenuti, dai quali si possono trarre le conclusioni che seguono:

1) Il chinino, nelle febbri estivo-autunnali, è di gran lunga preferibile allo stovarsolo, mentre nelle forme primaverili, stando almeno ai nostri casi, il secondo non ha nulla da invidiare al primo;

2) Lo stovarsolo nelle febbri estivo-autunnali è senza confronto meno efficace che nella terzana e quartana primaverili. Basta confrontare le tavole termometriche di questi tre ultimi casi, con quelle dei due pubblicati lo scorso settembre (N. 4 e 5), per convincersene, senza bisogno di spendere parole inutili;

3) Anche nelle febbri estivo-autunnali lo stovarsolo esercita una discreta efficacia curativa. Lo dimostra, se non il caso 1°, in cui anche il chinino si mostrò inefficace, e il caso 2°, nel quale la notevole gravità della infezione non ci permise di insistere sull'esperimento, il 3° ammalato, in cui si potè ottenere la caduta graduale della febbre e la retrocessione degli altri fenomeni della malaria, per quanto molto lentamente;

4) Lo stovarsolo è stato tollerato ottimamente dai nostri ammalati, e nel caso 3° anche per moltissimo tempo ed a dosi alte.

Con ulteriori esperimenti ci proponiamo di fermare la nostra attenzione più specialmente sul meccanismo di azione del farmaco e sul modo migliore di somministrarlo, perchè nel corso delle nostre osservazioni cliniche ci è parso che l'argomento meriti di essere studiato.

Pervenuto in redazione il 15 *luglio* 1925.

Il sale sodico dell'acido acetilossiaminofenilarsinico (stovarsolo sodico) nella malaria.

Prof. TOMMASO PONTANO
docente di clinica medica
primario negli Ospedali di Roma.

Per opera di Fourneau gli acidi arsinici, rifiutati da Ehrlich, perchè davano fenomeni tossici nell'uomo e nell'animale e non si dimostravano parassiticidi in vitro, sono stati riabilitati.

Come nell'atoxil così negli acidi arsinici Fourneau ha dato la dimostrazione che l'effetto tossico dipende da impurità; egli molto giustamente pensa che la mancata azione antiprotozoaria in vitro non costituisce dimostrazione sufficiente per negare l'azione in vivo. Il preparato 190 o acido acetilossiaminofenilarsinico o stovarsolo contenente il 27,2 % d'arsenico e il suo sale sodico contenente il 20,3 %, sono i preparati di Fourneau che hanno dato buona prova nelle mani di numerosi sperimentatori nella cura e nella prevenzione delle spirochetosi, della sifilide (Levaditi e Sezerac, Levaditi e Navarro, Martin, Schwartz, ecc.), nella cura del pian (Beurnier e Clapier, Baermann, Tanon et Jamot), delle spirillosi ed associazioni fusospirillari, angina di Vincent (Couvy, Cot, Sabrazés), broncospirochetosi di Castellani (Fontanei, Peyrot), nelle tripanosomiasi (Blanchard et Lefrou), nella dissenteria amebica (Marchoux, Delanoe, Nogue et Leger, Cade et Ravault, Anglade, ecc.), nelle lambliosi (Marchoux). L'acido

acetilossiaminofenilarsinico ha dato cioè ottime prove, come medicamento antiprotozoario, con una estensione della sua azione, quale finora neppure per il più apprezzato preparato arsenicale, il Salvarsan, era stato affermata.

Sui parassiti malarici hanno tentato il rimedio di recente per i primi Valenti e Tommaselli, della scuola di Feletti, subito dopo il Marchoux.

Su due malati Valenti e Tommaselli (terzana benigna e quartana), su un numero notevole di malati (terzana benigna, quartana e terzana maligna) sia in malarici sperimentalmente inoculati (paralitici progressivi), sia in malarici con malattia naturalmente contratta, sperimentò il Marchoux. Mentre per Tommaselli e Valenti l'azione rapida con l'acido acetilossiaminofenilarsinico si aveva e nella terzana benigna e nella quartana, somministrando il rimedio per bocca, per Marchoux, che poteva sperimentare anche il sale sodico solubile per iniezioni intramuscolari, per via endovenosa, e per via boccale, il rimedio dava risultati immediati e brillanti nella terzana benigna, mentre restava inefficace nella quartana e nella terzana maligna.

Mi è sembrato che l'esperienza non fosse sufficientemente larga per affermazioni decise e conclusive, mi è sembrato che lo stato attuale della terapia malarica imponesse un più largo controllo su un rimedio, che tanto numerose e tanto importanti qualità antiprotozoarie aveva manifestato nelle mani di tanti studiosi. L'insufficienza della chinina nell'impedire le recidive, le necessità economiche, che rendono la terapia sociale della malaria schiava dell'industria dell'estrazione dell'alcaloide, la possibilità di valorizzare un rimedio, che si può ottenere in laboratorio per via sintetica, mi hanno spinto ad allargare l'esperimento.

Le mie osservazioni riguardano l'uso del sale sodico dell'acido acetilossiaminofenilarsinico, somministrato per bocca, per via intramuscolare, per via endovenosa, nelle tre forme cliniche di malaria terzana benigna, terzana maligna, quartana.

I casi clinici che nella mia comunicazione al Congresso internazionale della malaria giungevano a 17, sono ora 23, precisamente 17 di terzana maligna, 5 di terzana benigna, 1 di quartana.

Ho voluto sperimentare col sale sodico dell'acido acetilossiaminofenilarsinico e non con l'acido perchè avevo bisogno di un sale facilmente solubile ed iniettabile, per studiare fino a qual punto si poteva contare sull'azione antiprotozoaria del rimedio in tema di malaria, dopo le nette affermazioni di Marchoux. Egli infatti scrive che l'azione differente per le varie specie di parassiti è talmente netta, che ancora una prova in essa si può vedere delle nette differenze biologiche della specie dei parassiti malarici. Ho voluto provare prevalentemente sulle terzane maligne, perchè esse costituiscono la parte più grave dell'infezione malarica, coi danni individuali, con la perniciosità, con la ostinazione delle recidive, con la relativa resistenza naturale del parassita (praecox) alla chinina, evidente a differenza delle altre specie (vivax e pl. malariae).

Ho prima saggiato la tolleranza del rimedio: esso è ben tollerato per via boccale, anche alla dose di un grammo e mezzo, al giorno. Raramente sono arrivato alla dose di un gr. e mezzo, d'ordinario per l'adulto mi sono tenuto alla dose di un grammo al giorno. Nè disturbi locali, nè segni di intolleranza generale.

L'iniezione intramuscolare non suscita dolore locale, può invece dare disturbi generali, ed in un caso ho avuti i più gravi sintomi di intossicazione, quali si possono avere con le iniezioni endovenose. Per la via endovenosa generale si può dire che il rimedio è ben tollerato dai pazienti: sindrome non rara, ma di poca importanza è l'insorgenza di una modica agitazione, dolori addominali, con senso di calore e modica cefalea transitoria. Può però seguire all'iniezione di stovarsolo sodico una crisi nitritoide che può raggiungere sindromi paurose con ipotermia grave, talora lieve ittero transitorio. Queste sindromi, che seguono alle dosi alte del rimedio, inducono ad essere prudenti: a saggiare cioè la tolleranza del soggetto e a tener conto di eventuali tare renali precedenti, le quali sono una netta controindicazione all'impiego. Quella sindrome nitritoide che insorge dopo poche ore dalla somministrazione del rimedio e che è costituita da agitazione, senso di malessere, rapida caduta nello stato algido e nel torpore psichico, da cui il malato si riprende con qualche milligrammo di adrenalina, può aggravarsi e divenire mortale se preesisteva lesione renale. È bene quindi astenersi da questa cura nei malati con lesioni renali. Non si verificano, per quel che risulta dalla mia diretta esperienza quelle sindromi acute febbrili tossiche con esantemi, appannaggio non raro dell'acido acetilossiaminofenilarsinico, somministrato per via boccale, quali io ho veduto nella dissenteria con l'uso dello stovarsolo.

Un primo dato d'indole generale risulta dai tentativi finora compiuti: *il rimedio mostra attività antiprotozoaria, sia contro il plasmodium vivax, sia contro il plasmodium praecox, sia contro il plasmodium malariae; con dosi opportune cioè si ha ragione delle tre specie del parassita malarico.*

Ma si devono considerare come fattori di grande importanza la *via di somministrazione* e la *dose adoperata*. Mentre per via boccale e con dosi medie ed anche piccole (di 1/2 grammo, di un grammo), fin dalla prima somministrazione si ve-

dono scomparire i parassiti e cede la febbre nella terzana benigna, nella quartana e nella terzana maligna ben differentemente si comportano le cose. La via boccale e le dosi medie nella terzana maligna si dimostrano insufficienti: persistono i parassiti in circolo, non cede la febbre. In queste forme come nella quartana sono necessarie dosi curative almeno di un grammo e necessaria è la via endovenosa. Nella *quartana* con poche dosi di rimedio (due iniezioni per via endovenosa di un grammo) la febbre cedette, ma il sangue restò positivo per qualche giorno (un grammo al giorno fino al quinto giorno). I gameti hanno mostrato resistenza simile a quella dei parassiti febbrigeni.

Nella *terzana maligna* con dosi curative di un grammo per via endovenosa la febbre cede ordinariamente dopo 24, 48 ore, talora resiste per tre giorni in misura attenuata, raramente persiste per parecchi giorni dimostrando insufficiente l'azione del rimedio. Con dosi invece di 0.25-0.50-0.75 la febbre persiste abitualmente per 4-5 giorni. Anche il reperto parassitario talora diviene negativo il primo giorno dell'inoculazione, talora al 2°, al 3°, al 4° giorno. Scompaiono però solo i parassiti asessuati, chè i gameti (semilune) resistono a lungo inalterate a ripetute inoculazioni di forti dosi di rimedio (10 giorni con somministrazioni di un grammo *pro die* di rimedio per via endovenosa) e in altro caso il sangue divenne negativo anche per i gameti dopo lunga cura chininica seguita da 10 iniezioni di stovarsolo sodico in 20 giorni alla dose di 1/2 grammo per volta e di un grammo al giorno per due giorni o per via endovenosa.

I parassiti malarici scompaiono dal circolo più o meno rapidamente: d'ordinario il parassita finchè si rinviene in circolo conserva morfologia e caratteri tintoriali normali. In qualche caso nelle forme intraglobulari si osserva la scomparsa della cromatina (colorazione col Romanowski Leismann) e una peculiare alterazione del protoplasma, che diviene spiccatamente spongioso. Ma il fatto non è costante: esso non è neppure una garanzia per la fine dell'episodio febbrile, perchè si presentò per esempio in un bambino curato per via boccale, nel quale l'infezione riprese vigore mentre le somministrazioni del rimedio per vie boccali continuavano ancora.

In qualche caso è dato di veder le forme intraglobulari persistere nella tipica forma e nella perfetta colorabilità, anche quando la febbre è caduta e il rimedio si continua a somministrare. Tutto fa pensare che l'azione parassiticida si svolga nella vita extracorpuscolare del parassita.

Con la caduta della febbre, con la scomparsa dal circolo dei parassiti febbrigeni, il miglioramento del malato è rapidissimo: il tumore di milza rapidamente regredisce, e tale fenomeno si riscontra nelle benigne anche dopo la somministrazione di mezzo grammo del rimedio, nelle terzane maligne anche rapidamente, sebbene in minor grado che nelle benigne. Scompare l'urobilinuria, e lo stato generale del malato se ne avvantaggia con rapido ripristino dello stato generale.

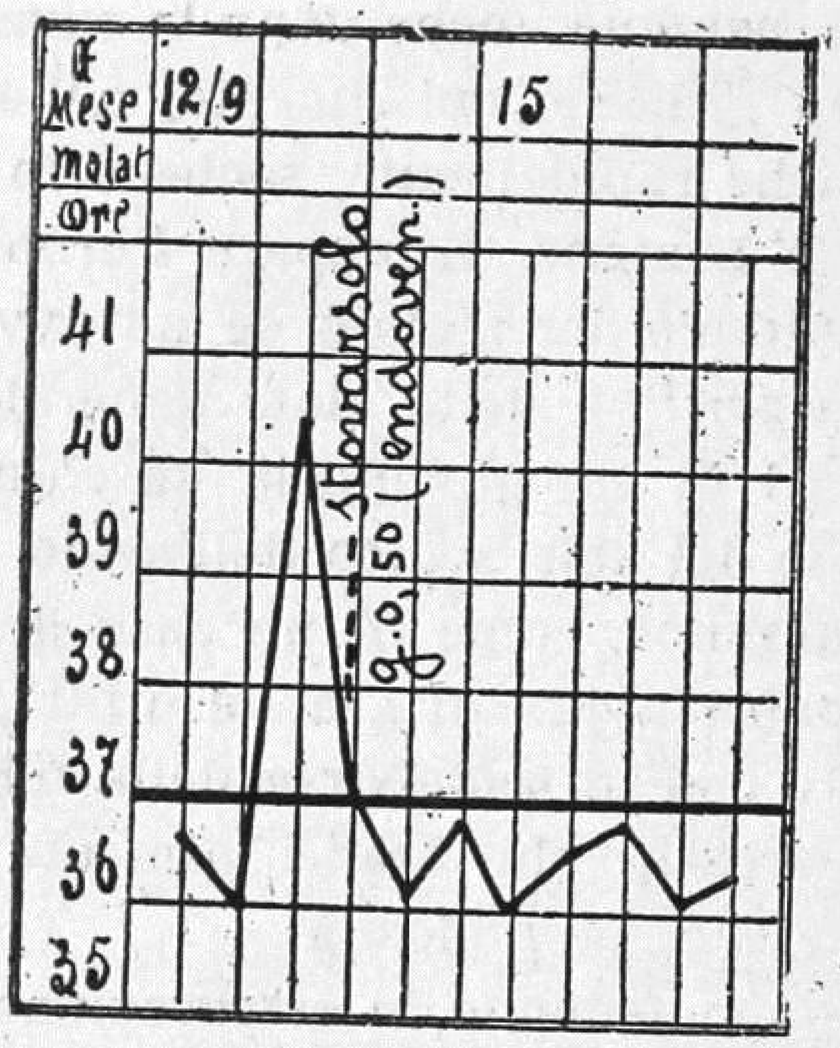
Nei casi di emoglobinuria da chinina in malarico l'uso del sale sodico dell'acido acetilossiaminofenilarsinico, come in un caso di mia osservazione, può riuscire di grande utilità, senza danno al rene e con la scomparsa della febbre in 36 ore e dei parassiti che erano talmente numerosi da far temere la perniciosità.

Purtroppo, tenendo in osservazione i malati nel la terzana maligna la recidiva è quasi costante; essa si è verificata in coloro nei quali la cura fu sospesa subito dopo avere ottenuto l'effetto curativo, si è verificata in coloro nei quali la terapia ha proseguito per 6-7 giorni. Non abbiamo ancora esperienza di lunghe intermittenti cure a dosi terapeutiche quali sogliamo praticare con la chinina. Ma un fatto più importante è degno di essere notato: quando la recidiva sopravviene, le dosi di rimedio, che si erano dimostrate curative al principio, si dimostrano invece inefficaci; i parassiti hanno acquistato una resistenza al rimedio, si sono assuefatti, sono divenuti inattaccabili. In qualcuno dei nostri casi, dopo una prima tregua rapidamente ottenuta, non sono state sufficienti ripetute dosi per spezzare di nuovo la recidiva e si è ottenuto solo un abbassamento della febbre, senza raggiungere la scomparsa del circolo dei parassiti, quale si era ottenuto la prima volta, con dosi una o due volte somministrate. Basta nella nuova cura, con parassiti che resistono, sospendere per un giorno la somministrazione del rimedio, per vedere improvvisamente riaccendersi la febbre e moltiplicarsi di nuovo abbondantemente i parassiti febbrigeni, quasi che il rimedio avesse capacità distruttiva solo contro una parte dei parassiti non ancora completamente resistenti. Tale fenomeno non ho potuto verificare nella terzana benigna, in cui la recidiva è meno costante e ad ogni modo a scadenza lunga, quando essa avviene. Poca esperienza ho della quartana per la rarità della forma morbosa.

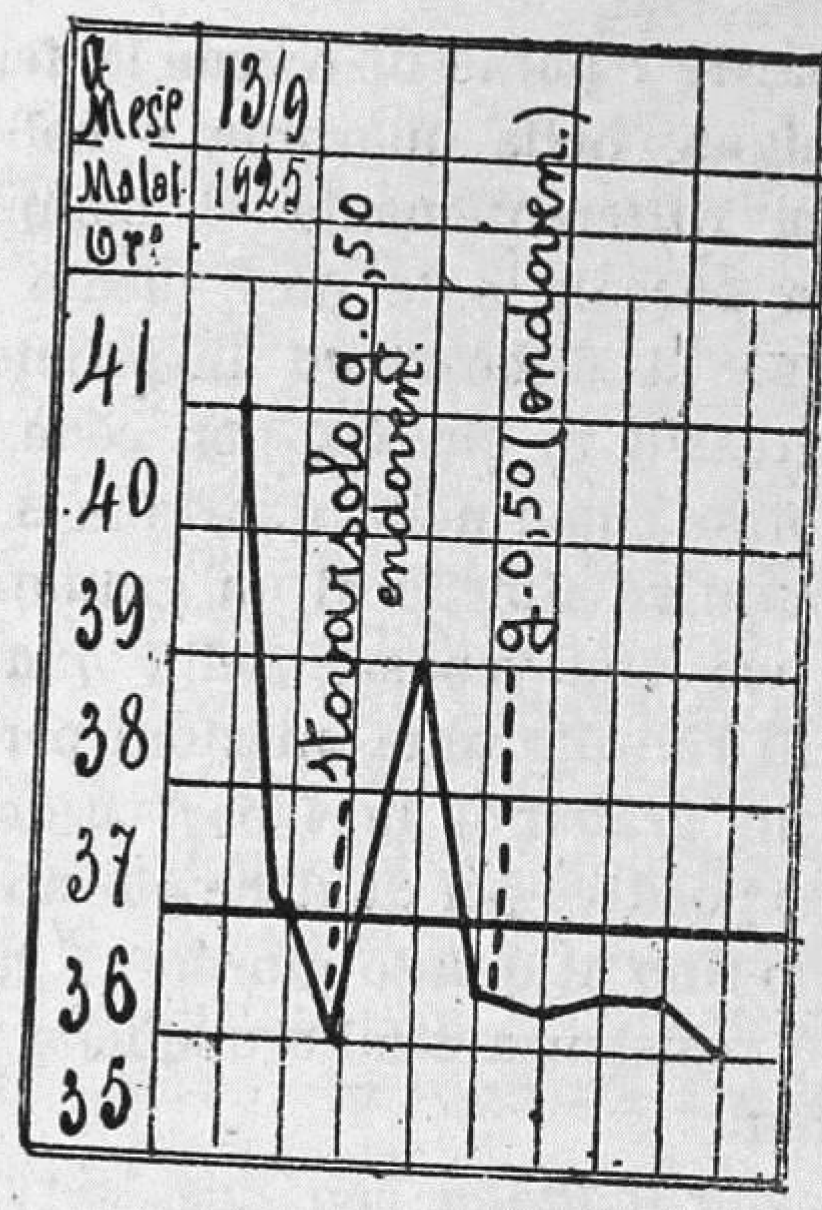
Riporto a chiarimento delle brevi note conclusive alcuni dei casi osservati, riducendo le notizie anamnestiche e obbiettive al minimo necessario.

B. Luigi, a. 58, manovale. Ha sofferto di attacchi di piccolo male.

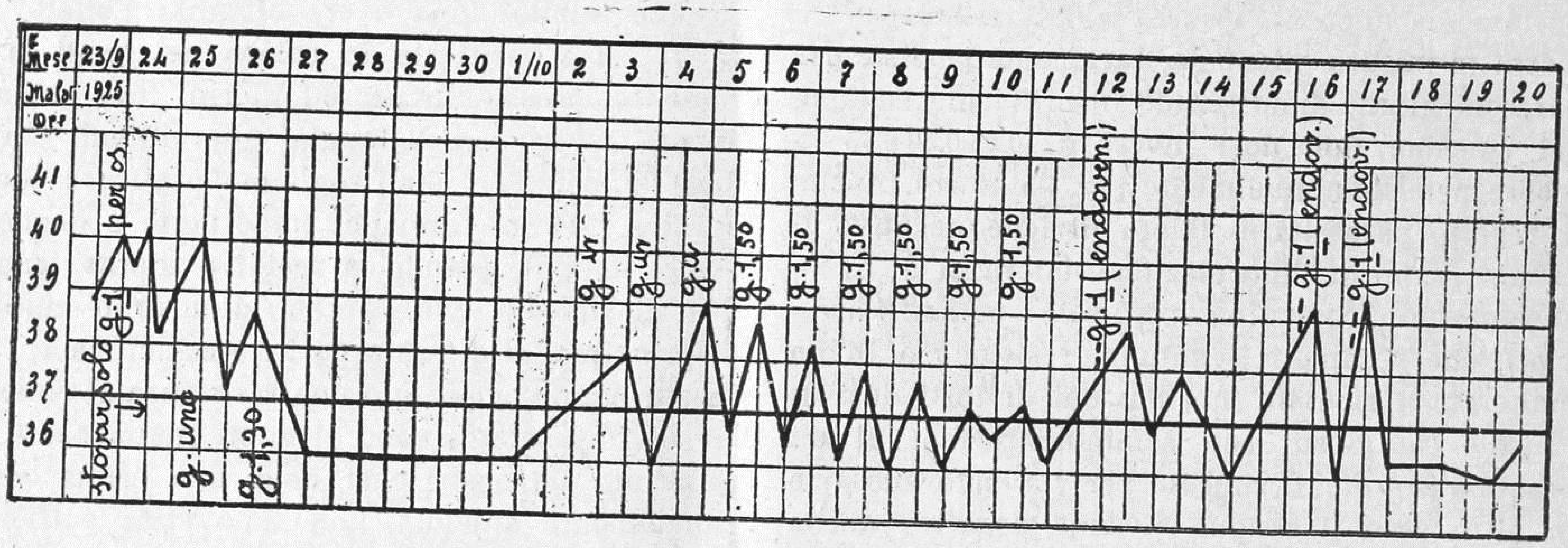
Malarico primitivo, che, all'esame obbiettivo, presenta organi sani, fegato non ingrandito, milza in alto alla nona costola, palpabile appena sotto l'arco. Ha avuto un primo accesso febbrile a casa con brivido e sudore, entra all'8° padiglione apiret-



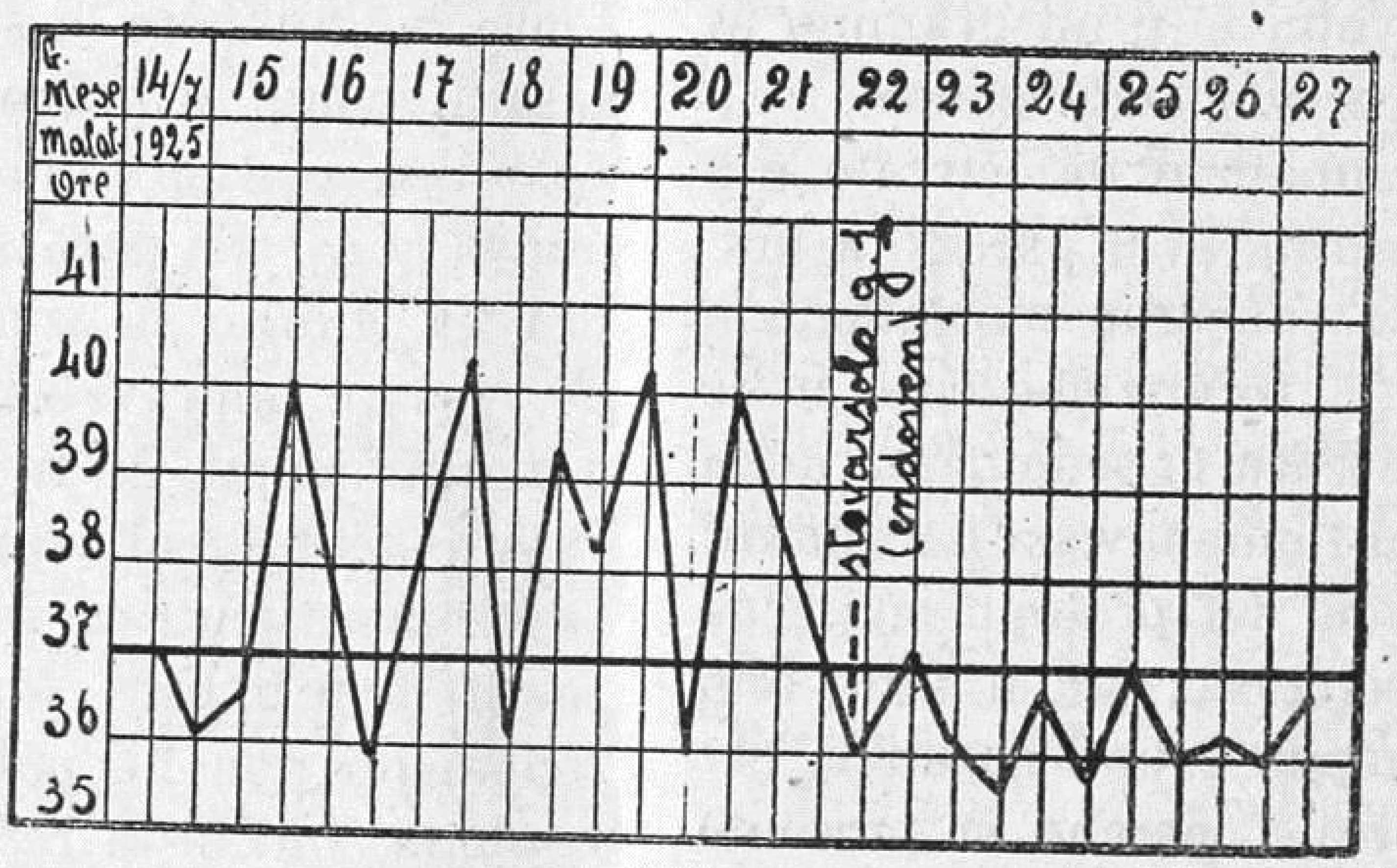
Grafica 1ª.



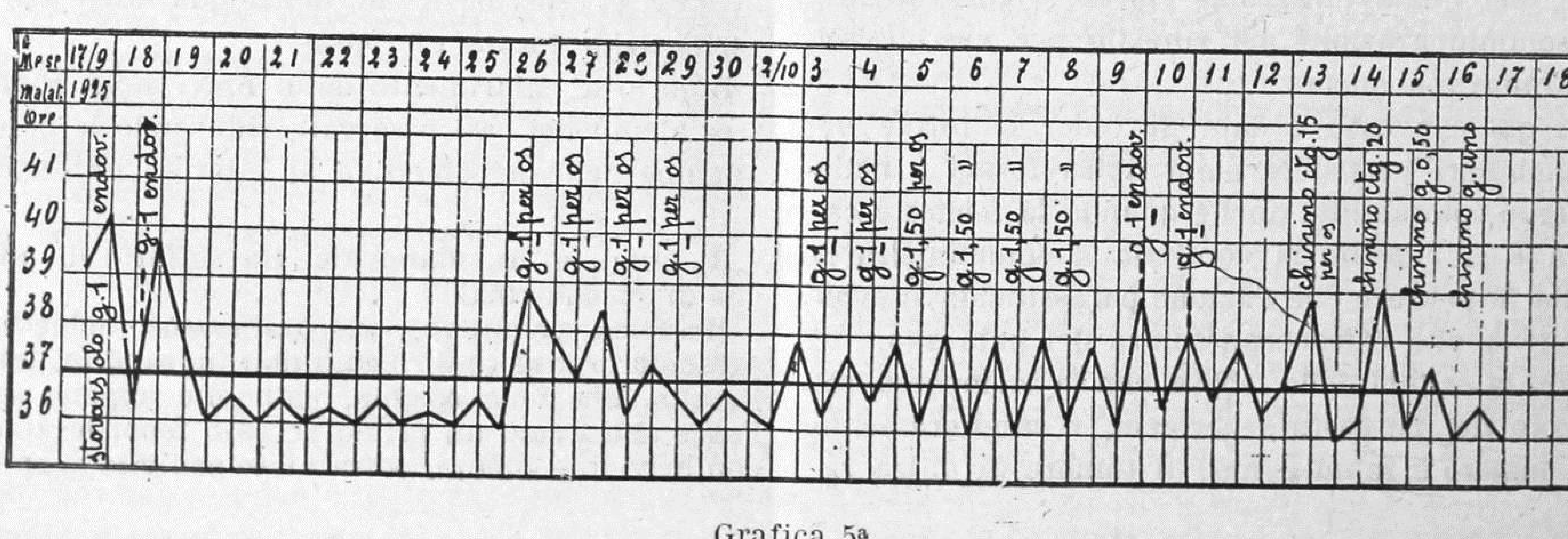
Grafica 2ª.



Grafica 3ª.



Grafica 4ª.



Grafica 5ª.

tico, il 13 settembre ha un accesso febbrile, che giunge a 40.4 con delirio; l'esame del sangue è positivo per la presenza di plasmodium vivax intraglobulare, con granulazioni di Schupfner nelle emazie parassitate.

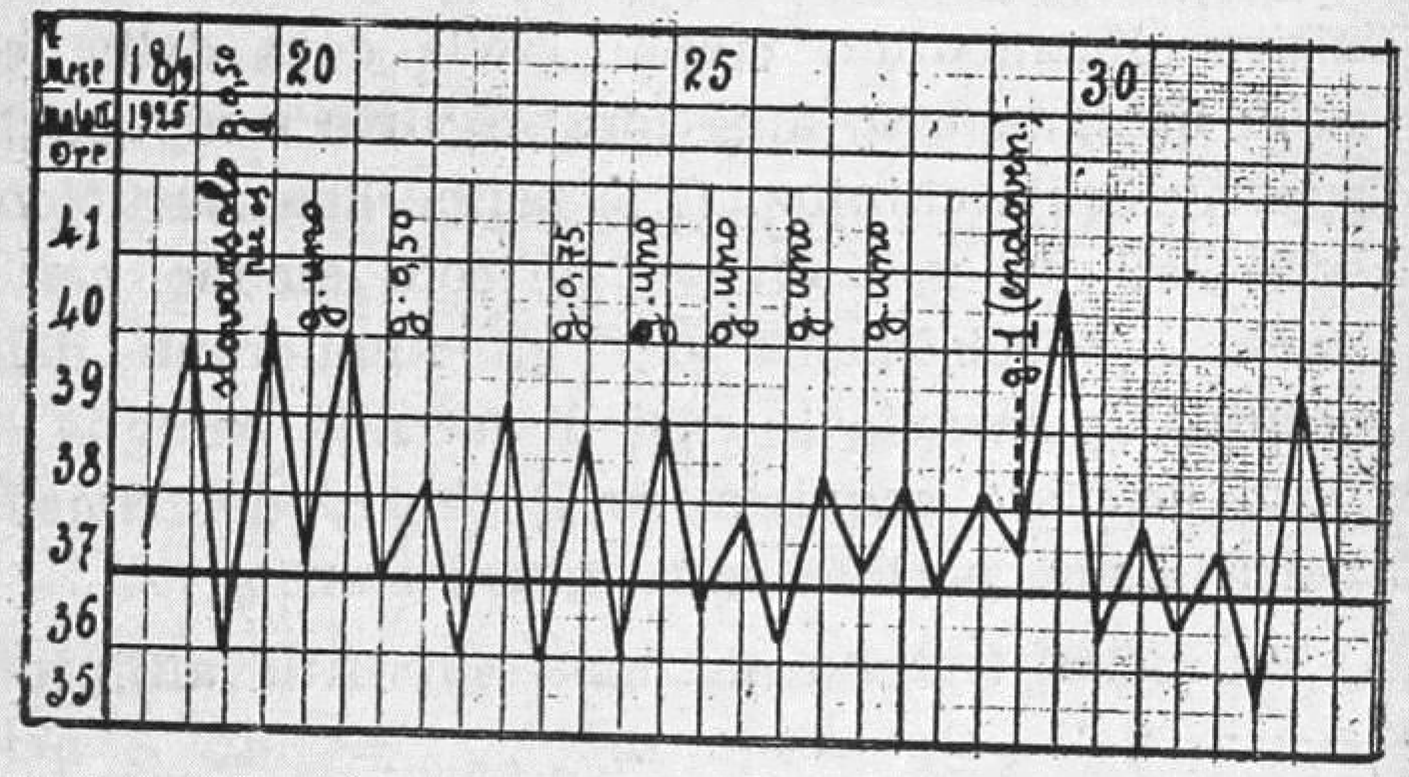
Alle 12 del 13, quando l'accesso febbrile iniziatosi alla mezzanotte decresceva con profuso sudore, si iniettano 0.50 di stovarsolo sodico per via endovenosa. Lieve rialzo 37.4 alla sera; poi la febbre cade definitivamente, l'esame del sangue negativo al mattino seguente e nei giorni successivi, l'osservazione dura solo 4 giorni; l'ammalato in perfetto benessere vuole uscire; non si palpa la milza; esame negativo delle urine prima e dopo l'iniezione. (Grafica 1ª).

G. Alberto, di anni 24, muratore, a 15 anni malaria subito guarita. Da un mese ha febbre intermittente: i primi giorni prese chinina, fu apiretico per qualche giorno, poi la temperatura si rialzò e viene all'ospedale all'11° accesso febbrile.

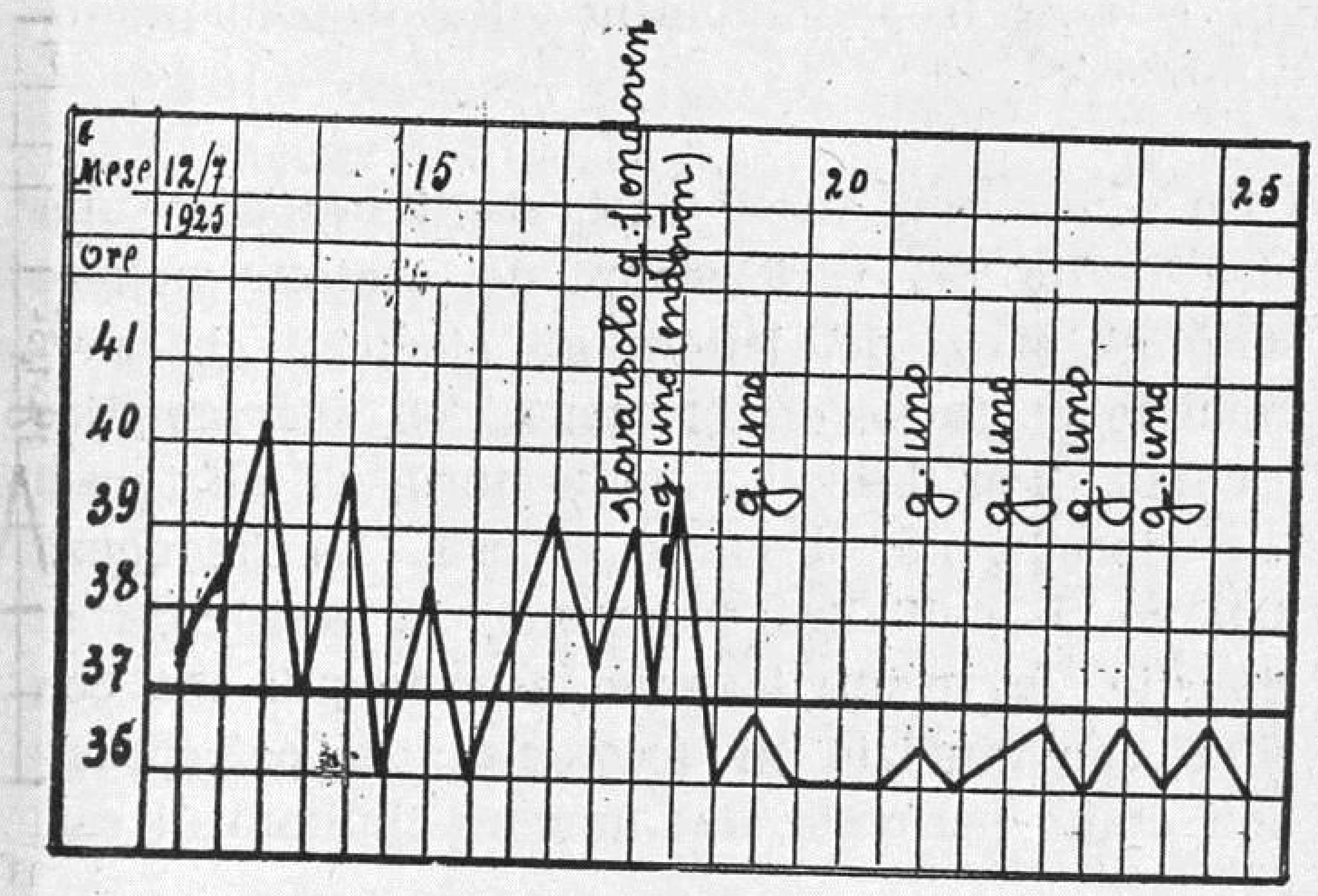
varsolo per bocca ma al sesto giorno la temperatura giunge a 37.5 e l'esame del sangue è di nuovo positivo per anelli di praecox e per semilune. (Grafica 3ª).

F. Francesca, di a. 44, contadina.

Malaria all'età di 15 anni, poi è stata sempre bene. Quando entra in clinica ha febbre da 12 giorni, non ha preso chinina. Stato generale piuttosto grave: magra, pallida, milza a 4 dita dall'arco costale, esame del sangue positivo per il plasmodium praecox, non gameti. Ha una sola iniezione di stovarsolo per via endovenosa di un grammo, ben sopportata; nello stesso giorno dell'iniezione la febbre si rialza a 37.2 poi apiressia completa per 4 giorni ed esame del sangue negativo. L'osservazione non si può più prolungare e nulla si sa più, a malgrado delle nostre insistenze e della preghiera di riempire una cartolina informativa. (Grafica 4ª).



Grafica 6ª.



Grafica 7ª.

Si somministra 0.50 per via endovenosa di stovarsolo sodico. Rialzo febbrile a 39°, caduta con sudore dopo 12 ore e apiressia stabile. L'esame del sangue positivo prima della cura, negativo dopo 12 ore; la milza debordante un dito, dopo due giorni, non si palpa più. (Grafica 2ª).

P. Nicola, a. 18, manovale.

Malarico da 7 anni. Fu ripreso dalla febbre quest'anno, 10 giorni prima di essere ricoverato in clinica. Ha praticato cura chininica scarsa ed irregolare senza effetto.

Entra in clinica in condizioni gravi: cefalea violenta, sindrome lieve meningea, febbre continuo remittente, milza a 6 dita dall'arco costale, fegato grosso e duro 4 dita sotto l'arco, anemizzato, l'esame del sangue positivo per il plasmodium praecox e gameti, esame delle urine negative se si eccettui lieve urobilinuria. Si inietta un grammo al giorno di stovarsolo nei primi due giorni, un grammo e trenta il terzo giorno: la febbre cade dopo 60 ore dalla somministrazione del rimedio, l'esame del sangue è negativo per gli schizonti, positivo per le semilune, la milza si riduce rapidamente, durante i primi 4 giorni di apiressia fino a tre dita dall'arco costale. Al quinto giorno la temperatura tende a risalire, si somministra per due giorni un grammo di sto-

C. Michele, letto n. 31, VIII padiglione.

Malarico primitivo in gravi condizioni, con esame positivo, reperto abbondantissimo. Si ritiene opportuno di praticare iniezione di chinina, alla quale nella notte segue emoglobinuria: lieve subittero. La febbre persiste alta, il reperto parassitario abbondantissimo. Nelle urine oltre all'emoglobina, presenza di albuminia, scarsi cilindri. Si inietta 1 gr. di stovarsolo sodico per via endovenosa, ben sopportata; dopo 24 ore nuovo accesso febbrile a 39.6 si pratica una seconda iniezione, la febbre cade dopo 12 ore dalla seconda iniezione, le condizioni generali rapidamente migliorano, la milza palpabile un dito sotto l'arco, dopo 3 giorni non è più palpabile, l'esame del sangue, due giorni dopo la seconda iniezione, è negativo per le forme anulari, positivo per le semilune. Al settimo giorno si rialza la temperatura a 37.7, si somministra lo stovarsolo per bocca alla dose di un grammo, ma la temperatura nettamente abbassata subisce piccole oscillazioni superando di 2 decimi il 37 dopo 4 giorni di stovarsolo e l'esame del sangue è positivo. (Grafica 5ª).

D'A... Antonio, malarico cronico, con grosso tumore di milza, a 4 dita dall'arco costale, di anni 14.

Lo stovarsolo per bocca non modifica notevolmente la febbre, la milza, le condizioni generali.

saggiato nelle dosi di 0.50-0.75, 1 grammo. Per infezione endovenosa provoca un forte accesso febbrile, e l'esame del sangue diviene negativo ma per pochi giorni; la febbre rapidamente si rialza, l'esame del sangue di nuovo positivo. (Grafica 6ª).

S. Domenico, malaria acuta in soggetto giovane di 27 anni, nessun fenomeno grave al di fuori della febbre. Presenza di forme anulari di pl. praecox. Stovarsolo sodico per iniezione endovenosa: cade la febbre e diviene negativo il sangue dopo 36 ore dalla iniezione. Scompare l'urobilina, presente al primo esame; la milza si riduce da tre a un dito sotto l'arco al terzo giorno. Continuando le iniezioni, un grammo al giorno, compaiono gameti piuttosto numerosi (semilune). L'osservazione dura sette giorni; dopo la cura, non febbre. In totale 6 iniezioni endovenose da un grammo ciascuna quotidiane. Dopo la prima dose il malato ebbe forti dolori addominali senza diarrea e senza vomito, alla terza iniezione seguì cefalea frontale durata tutto il pomeriggio. (Grafica 7ª).

Ho inteso con questi casi, scelti per dare una idea esatta dei vari gruppi dei malati, mettere sotto gli occhi del lettore gli elementi che permettono un facile orientamento con una semplice occhiata. Per brevità ometto tutti gli altri casi che riproducono le curve esposte. La frequenza dell'uno o dell'altro fenomeno, la resistenza al rimedio, la recidività sono esposte più che con cifre con giudizio di frequenza; le percentuali non erano permesse dal numero limitato di casi studiati.

Dal complesso delle osservazioni cliniche che al numero scarso sopperiscono con la diligenza e sicurezza, si possono trarre nette, se non definitive, considerazioni e conclusioni.

I punti di partenza dei nostri tentativi in una malattia come la malaria, che possiede un rimedio specifico, sono stati: l'insufficienza della chinina non a vincere l'episodio febbrile, ma la malattia malaria; la rara tossicità del rimedio in peculiari casi (emoglobinuria da chinina nella malaria); una considerazione d'ordine economico, che rende preferibile a parità di condizioni un rimedio sintetico ad un alcaloide estratto da una corteccia, che può divenire monopolio dannoso contro la salute di nazioni intiere. Ed in verità l'appunto più grave che si può fare alla chinina è duplice: quello di non sterilizzare definitivamente con la cura abituale il malarico e di non impedire la recidiva, che collega uno all'altro l'anno epidemico, quello di non colpire i gameti che infettano le zanzare nella stagione adatta, e, che, secondo una ipotesi da noi accettata e difesa, costituiscono la fonte delle recidive. L'altro è il costo eccessivo sì che le dosi elevate e protratte per molto tempo in malati non ricchi, quali sono ordinariamente i colpiti in prevalenza dalla malaria, non possono seguire i precetti dei medici, conoscitori dell'infezione malarica, cura lunga, intermittente, a dosi terapeutiche. Come i precedenti vani tentativi numerosi, anche il nostro trova nelle stesse ragioni piena giustificazione.

Le conclusioni, se da un certo punto di vista sono scoraggianti, d'altra parte in tesi generale fanno sperare che è questione di tentativi, ma che tra i preparati del tipo forse si troverà quello che può raggiungere almeno la bontà antimalarica della chinina.

Il sale sodico dell'acido acetilossiaminofenilarsinico allarga nella prova contro il parassita malarico la sua virtù antiprotozoaria.

Esso deve essere considerato come un antiprotozoario di primo ordine quando si consideri che in *dose minima* è capace di far scomparire rapidamente *in poche ore* parassiti della terzana benigna (plasmodium vivax). Nella cura della terzana benigna esso anzi mostra virtù terapeutiche superiori alla chinina. E le prime dosi sufficienti sono tali da non offrire pericolo alcuno per il malato. Specialmente per gli intolleranti della chinina la terapia in casi di terzana benigna ha fatto un vero acquisto, se il prezzo del rimedio potrà essere portato entro giusti confini.

Ma nella terzana maligna la virtù antiprotozoaria dello stovarsolo sodico, che pure è netta nelle prime somministrazioni, presenta tali deficienze, e nel suo uso sorgono tali inconvenienti che esso non è utilizzabile per ora nella pratica: anzitutto le dosi da raggiungere per avere azione curativa pronta devono essere tali che possono diventare tossiche e gravemente tossiche, specialmente se il rene non è indenne, ed in tema di terzana maligna è difficile dire quanto la malattia o eventuali tare precedenti determinino alterazioni delle urine esponente di lesioni renali. Se anche però una più accurata analisi e delle cautele che l'esperienza potrà insegnare (adrenalina, alcalinizzazione preventiva, ecc.) dovesse eliminare queste cause ostacolanti la pratica, esistono ragioni essenziali per rifiutare per ora il rimedio nella terapia della terzana maligna. Insorge la recidiva a breve scadenza con frequenza tale da doverla ritenere una regola; nella recidiva il rimedio si mostra insufficiente contro gli stessi parassiti sì da far pensare come molto verosimile il sospetto di una facilissima assuefazione del protozoo al rimedio. Le necessità della cura della malaria che portavano all'esperimento con la speranza di una sterilizzazione rapida sono deluse. I gameti d'altra parte di pl. praecox resi-

stenti lungamente alla chinina resistono allo stovarsolo sodico con non minore tenacia.

Conviene studiare ancora il rimedio, e crearne altri simili tentando le vie promettenti della chemioterapia; esperienze come le nostre mostrano le linee di pratica applicazione e queste si limitano alla terapia della terzana benigna, sono spinta d'altra parte a tentativi numerosi, perchè il problema della cura della malaria con prodotti sintetici in tutte le sue forme, sembra avviato e bene avviato.

BIBLIOGRAFIA (riguardante la Malaria).

VALENTI e TOMMASELLI. Policl., Sez. Prat., 8 settembre 1924.

MARCHOUX. Ann. de l'Inst. Pasteur, marzo 1925.

NOTE E CONTRIBUTI.

Ricerche cliniche ed etiologiche su di una infezione chirurgica poco conosciuta.

NOTA PREVENTIVA

per il dott. prof. ARMANDO SAIA.
direttore chir. dell'Osp. Consorz. di Ronciglione.

Su di una esperienza personale di circa un centinaio di casi, osservati in un decennio di mia permanenza come chirurgo di un Ospedale Consorziale, posto in un centro prevalentemente agricolo, ho potuto meditare ed eseguire ricerche sulle lesioni determinate da morso di asino. Ho la convinzione per averne parlato con altri colleghi di Provincia, rilevando che dette lesioni presentano ovunque carattere di flogosi tenace, fetida, necrotizzante, a decorso cronicissimo (mesi) e sopra tutto quando vi sia lesione ossea.

I primi casi capitati sotto la mia osservazione mi avevano fatto sorgere il dubbio della non buona toletta ricevuta al posto di medicazione, ma subito ho dovuto ricredermi poichè nella grande maggioranza la complicazione infettiva di dette lesioni è quasi fatale, qualunqe sia stato il trattamento profilattico compresa l'escissione in massa dei tessuti molli maciullati.

Le lesioni sono più frequenti, come facilmente si comprende, nella primavera, e le regioni colpite sono prevalentemente gli antibracci e le mani. È prerogativa di questi animali per solito tanto utili nelle nostre campagne, di addentare inopinatamente, come presi da un subitaneo furore, chiunque capiti loro dinanzi, e di non lasciare la presa, se i denti delle due mascelle non giungono a mutuo contatto, dopo avere contuso, lacerato, frantumato, sul loro passaggio, cute, muscoli ed ossa. A parte il meccanismo della lesione, che non asporta a lembo i tessuti, ma li perfora lasciandovi l'impronta dentaria, l'aspetto esterno fa cadere in inganno nel giudizio prognostico, per cui si giudicano dette lesioni di lieve entità, ma l'infezione sopravviene dopo brevissima incubazione, ed al secondo giorno già si è stabilito un fetore insopportabile di carne putrida senza sviluppo di gas, mentre dai singoli fori della cute premendo fuoriesce un liquido sanioso, giallastro, fetido che bagna la medicatura. La cute vicina non si arrossa, nè si scolla come nei comuni flemmoni gassosi dissecanti. solo si tumefà e si solleva a pomfo attorno al foro prodotto dai denti. Se si spacca lungo i tramiti si vede allora che aponeurosi e muscoli assumono per un breve alone attorno al tramite l'aspetto di una escara in profondità come quella che determina l'elettrocoagulazione; dopo alcuni giorni si disfanno in brandelli necrotici che si eliminano lentamente senza formazione di granulazioni di buon aspetto, come suole avvenire per le altre lesioni chirurgiche. La secrezione si mantiene per mesi con gli stessi caratteri: le ossa che vengono infrante e perforate come da trapano dalla stretta dentaria dell'asino, cadono in preda ad una osteite interminabile quand'anche la lesione sia stata molto lieve, e lasciano vedere un processo di osteomielite, con necrosi parcellari, come suole ordinariamente avvenire nelle flogosi croniche di esse (tubercolosi, actinomicosi, ecc.).

La febbre è precoce, a tipo irregolare, viene con freddo, il dolore è locale, sordo, profondo e le condizioni generali dei feriti scadono rapidamente.

Il decorso della lesione è lentissimo e ricorda un po' quello delle lesioni chirurgiche che avevo osservato negli itterici, durante la epidemia locale. Non ho visto che dette lesioni assumano il carattere diffusivo difterico, flemmonoso, nè su di esse attecchisce l'eresipela. La guarigione che si fa lungamente aspettare avviene solo quando è scomparso il fetore, e quando forse si esaurisce la virulenza dei germi putridi dei quali il collega Vivaldi della Direzione di Sanità si sta occupando.

Queste mie osservazioni sono spinte a studiare la flora batterica buccale dell'asino, a studiare la flora batterica della infezione chirurgica determinata dal morso e per la preparazione di un siero curativo o vaccino preventivo profilattico come si fa per il tetano.

Attualmente il miglior trattamento almeno nella mia esperienza è quello di sbrigliare esattamente i tramiti fino all'osso; eseguire il bagno

quotidiano o biquotidiano d'ipoclorito di calcio; praticare iniezioni endovenose di piccole dosi di neosalvarsan, che abbreviano di molto il decorso forse per azione indiretta, migliorando le condizioni generali e per azione chemiotattica diretta sui germi, rappresentati da forme spirillari come suole avvenire anche nelle stomatiti cancrenose.

Se si pensa alla diffusione dell'animale da lavoro, che in tutta Italia vive nella stessa capanna con i nostri contadini, se si pensa che la incapacità lavorativa dura mesi e mesi, si comprenderà l'importanza sociale che può assumere lo studio di tale infezione chirurgica ed il valore economico che per l'attuale legge sugli infortuni agricoli viene ad avere il trattamento profilattico.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La diagnosi precoce delle affezioni midollari.

(F. MOTT. *The Practitioner*, ottobre 1925).

Uno dei primi quesiti da risolvere in caso di sindrome midollare riguarda la diagnosi differenziale tra malattia funzionale ed organica. Al riguardo è necessario precisare la storia dell'inizio e dei progressi dei vari disturbi, l'attitudine mentale e la condotta del paziente, tenendo in ogni modo presente che in fatto d'isteria costituisce un pericolo il suggerire i sintomi al paziente. Nelle malattie funzionali l'inizio di solito è improvviso ed i disturbi variano d'intensità con le condizioni emotive, il grado dell'attenzione e le influenze ambientali. Nelle paralisi, nelle contratture, nei disturbi della stazione e dell'andatura (astasia, abasia) di natura isterica i riflessi superficiali e profondi sono di solito normali, in ogni caso sono eguali ai due lati, non c'è vero clono, nè Babinski. L'emiplegia isterica risparmia la lingua e la faccia. Anche nei casi inveterati di disuso degli arti le alterazioni sono scarse o assenti per modo che le reazioni elettriche dei muscoli rimangono normali. Di solito c'è acrocianosi e raffreddamento dei piedi, ed è assente il riflesso plantare, che però ritorna con il riscaldamento del piede.

Il riconoscimento dei disturbi sensitivi funzionali simulanti affezioni midollari è facile: è perduta completamente la sensibilità tattile, dolorifica e termica: non c'è dissociazione, e l'anestesia ed il dolore non è conforme alla distribuzione anatomica delle radici e dei tronchi nervosi. Negli arti l'anestesia superficiale ha la distribuzione a guanto o a calza. I disturbi funzionali guariscono con la suggestione, la rieducazione ed altre forme d'incoraggiamento. Bisogna anche ricordare che talvolta i disturbi funzionali si sovrappongono a quelli organici.

La neurastenia può simulare un'affezione midollare specie nei riguardi delle sofferenze subiettive. Spesso i neurastenici si lamentano d'intensi dolori dorso-lombari ed insieme di debolezza agli arti inferiori. In questi casi i riflessi sono normali, non c'è anestesia o analgesia, non dolori a cintura, non disturbi degli sfinteri. Viceversa il soggetto soffre di stati ansiosi e di apprensioni ingiustificate. A mezzo della suggestione si può far cambiare la sede del dolore, e del resto la localizzazione del dolore è sempre vaga e variabile. Comunque occorre esaminare accuratamente le condizioni della colonna vertebrale e notare le variazioni dell'intensità del dolore e la sua distribuzione nei movimenti delle varie sezioni del rachide. Il dolore localizzato e la dolenzia alla pressione delle vertebre combinato con dolore o parestesia localizzato in una zona cutanea corrispondente al segmento o ai segmenti midollari depone per la diagnosi di carie o iperostosi, tumori, aneurismi che erodono le vertebre o di tumori extramidollari comprimenti le radici. L'esame radiologico confermerà la diagnosi.

Il dolore dovuto ad affezioni midollari può assumere carattere nevralgico: può variare d'intensità periodicamente in rapporto al temperamento ed allo stato generale del soggetto. Può essere lancinante, terebrante, scottante, ecc., continuo, profondo, contusivo, con crisi parossistiche di dolore più acuto. Si differenzia dalla vera nevralgia e dalla neurite per la sua distribuzione segmentaria, e per la mancanza di dolore alla pressione dei noti punti anatomici. Questi dolori pseudo-nevralgici sono dovuti a compressione o irritazione delle radici spinali o dei plessi brachiale, lombare o sacrale e si riscontrano negli stadi iniziali delle carie vertebrali, nell'aneurisma dell'aorta discendente, nella paraplegia dolorosa del cancro e specialmente nella meningite localizzata o generale.

In quest'ultima malattia il dolore è accompagnato di solito con spasmo muscolare generale o locale e con rigidità nucale specie quando è implicata la regione cervicale. Nelle carie cervicali c'è dolenzia e rigidità ed il paziente si sostiene la testa con ambo le mani.

Presto o tardi i dolori radicolari si accompagnano a disturbi obbiettivi della sensibilità (iperestesia, anestesia, analgesia) disposti a fascie sul tronco o a lunghe strisce sugli arti. A differenza di quanto avviene nella neurite periferica la pressione dei tronchi nervosi non è dolente, mentre lo starnuto, la tosse, il soffiamento del naso, la defecazione provocano intenso dolore.

La causa del dolore radicolare è la meningite locale o generale delle radici sensitive posteriori in corrispondenza del loro percorso nei fori intervertebrali. La causa specifica della meningite può essere accertata mediante puntura lombare. Il più delle volte si tratta di sifilide.

Talvolta i gravi dolori nevralgici con distribuzione segmentaria sono dovuti a lesioni dei gangli intervertebrali, come si verifica nell'*herpes zoster*.

I dolori acuti agli arti, specie agli inferiori, seguiti da disturbi della sensibilità obbiettiva, come iperestesia alla pressione delle caviglie, anestesia ed analgesia, si hanno nelle neuriti periferiche. Tali dolori, che talora sono caratteristicamente folgoranti, possono indurre alla diagnosi errata di tabe specie quando coesistono atassia, abolizione dei riflessi patellari ed achillei: le pupille però sono normali e la Wassermann è negativa.

Nella tabe iniziale oltre i dolori folgoranti possono essere presenti disturbi vescicali, difficoltà nell'inizio della minzione o incontinenza, che però non sono gravi e talora non sono presi neppure in considerazione dal paziente, prima che il medico vi richiami l'attenzione. Sono state descritte crisi vescicali consistenti in violenti dolori del basso ventre irradiantesi alla faccia interna delle coscie; i pazienti avvertono impellente bisogno di urinare, ma non possono, e talvolta anche forte bruciore all'uretra. Queste crisi possono durare anche parecchie ore. Le crisi renali possono simulare una colica da calcoli. Le crisi gastriche sono ancora più frequenti nel periodo iniziale e spesso costituiscono per molto tempo l'unico sintomo della tabe. Anche le crisi intestinali e rettali sono disturbi precoci: il paziente si lamenta di tenesmo e di impellente bisogno di defecare, nonchè di violenti dolori all'ano come se in questo fosse introdotto un ferro rovente. Le crisi laringee sono pure fra i disturbi iniziali.

La concomitanza dell'anestesia toracica con le crisi viscerali dà la spiegazione anatomica della loro origine; le fibre simpatiche viscerali afferenti terminano nelle corna posteriori corrispondenti alla sede del dolore e dell'anestesia, ed il processo infiammatorio che irrita le radici posteriori sensitive innervanti la cute irrita anche le fibre viscerali afferenti.

Talvolta le fratture o le distorsioni spontanee ed indolenti costituiscono il primo evento che induce il paziente a ricorrere al medico. L'anamnesi allora spesso rivela che per il passato il soggetto ha sofferto dolori folgoranti attribuiti a reumatismo.

L'impotenza o la satiriasi possono costituire sintomi iniziali della tabe, dipendenti anche essi, come tutti gli altri disturbi di questa malattia da processi distruttivi e irritativi. La varietà dei sintomi dipende essenzialmente dalla dislocazione di tali processi.

Qualunque sia il disturbo che induce il paziente a consultare il medico, l'esame accurato mette sempre in evidenza altri segni o sintomi, tra i quali più importante per frequenza e significato clinico il segno di Argyll-Robertson. Quantunque la sifilide sia la causa unica talvolta la reazione di Wassermann non è positiva nel sangue e nel liquor.

Il dolore a cintura è spesso il sintoma iniziale della meningite o meningo-mielite a focolaio con decorso lento e progressivo, e segna il principio dell'affezione che è generalmente di origine luetica. L'accertamento dei sintomi infiammatori radicolari (parestesia e dolori a cintura) ha una notevole importanza prognostica in quanto l'intervento terapeutico specifico tempestivo può arrestare la diffusione del processo ed evitare così la produzione d'una mielite trasversa con la conseguente paraplegia spastica. È perciò indispensabile nei casi del genere procedere all'esame del liquido cefalo-rachidiano, e quindi iniziare un energico trattamento antisifilitico.

I disturbi della sensibilità subiettiva oltre che da processi infiammatori delle radici midollari, possono ripetere la loro origine da: 1) modificazioni transitorie locali della circolazione, come nel morbo di Reynaud o nell'eritromelalgia da spasmo vasomotore, o disturbi circolatori degli arti dipendenti da ateroma, arteriosclerosi ed endoarterite; 2) reazione al freddo; 3) nevrite tossica, infettiva o traumatica; 4) disturbi neurastenici, specie delle estremità (acroparestesie).

Molte condizioni che producono dolori nevralgici possono dare anche sensazioni di torpore, di formicolio, di puntura. Queste sensazioni anomale possono costituire il sintoma iniziale nelle affezioni delle vertebre, nei tumori intra- ed extramidollari, nella meningite spinale cronica, nella mielite acuta e cronica, nella poliomielite anteriore, nella mielomalacia, nel rammollimento trombotico del midollo, nella meningo-mielite sifilitica trasversa, nella sclerosi a placche. Perciò quando sono presenti questi disturbi occorre sempre verificare lo stato della sensibilità obbiettiva, della motilità, dei riflessi, delle pupille ed eventualmente praticare l'esame del liquor.

L'anestesia totale nelle affezioni midollari si ha solo nella lesione trasversa completa, come si verifica nella frattura delle vertebre, nelle ferite d'arma da fuoco, nelle gravi meningo-mieliti provocate da compressione o malattie. In tali casi la prognosi è sempre grave.

L'anestesia dissociata è più frequente e più importante clinicamente. Si può verificare nella nevrite periferica, nella compressione o irritazione delle radici, affezioni nelle quali si ha la così detta anestesia dolorosa (anestesia tattile o iperestesia dolorifica, per modo che i semplici contatti sono avvertiti come dolori). Nella siringomielia e nell'ematomielia si ha anestesia dolorifica e termica, mentre è conservata la sensibilità tattile.

In alcune affezioni midollari i disturbi sensitivi sono transitori o assenti. Nella paralisi di Landry c'è scarsa o nessuna diminuzione della sensibilità. Nella poliomielite anteriore acuta si possono avere solo nel periodo iniziale vaghe parestesie, torpore, formicolio, mentre la paralisi flaccida dei muscoli dell'estremità è netta fin dai primi momenti dell'affezione. Nell'atrofia muscolare progressiva, che ha un decorso lento ed insidioso, non si ha alcun disturbo sensitivo, che manca anche nella sclerosi laterale amiotrofica. In questa ultima affezione il sintoma iniziale è costituito dall'esagerazione dei riflessi profondi accompagnata da atrofia muscolare.

La diagnosi della sclerosi a placche è facile quando sono presenti sintomi encefalici (tremore intenzionale, parola saccadèe, nistagmo, atrofia ottica, ecc.), ma quando si hanno solo sintomi midollari si può scambiarli con disturbi funzionali. Non raramente la malattia s'inizia con senso di torpore ed altre parestesie agli arti, seguito talvolta da anestesia transitoria. I disturbi motori (spasticità delle gambe, incoordinazione e difficoltà della stazione e dell'andatura) s'intensificano con le emozioni e ciò aumenta le probabilità di errore. L'assenza dei riflessi epigastrici e addominali, l'accentuazione dei riflessi patellari, il clono della rotula e del piede, la presenza di Babinski, la paresi, la perdita del senso di posizione, la diminuzione della sensibilità ossea non lasciano alcun dubbio sulla lesione organica midollare. La sensibilità superficiale di solito è integra.

La diagnosi di localizzazione delle affezioni midollari ha notevole importanza dal punto di vista prognostico e terapeutico. La prognosi è sempre molto grave quando esistono segni di mielite diffusa e quando la lesione colpisce alcune regioni midollari che governano importanti funzioni organiche. Quando la lesione midollare trasversa è completa, ossia quando c'è perdita totale della sensibilità e paraplegia, c'è anche perdita del controllo degli sfinteri, donde cistite, nefrite infettiva secondaria, e si ha anche la produzione di decubiti. Questi fatti sono più gravi quando la lesione risiede nel tratto lombo-sacrale.

Gli interventi chirurgici possono dare utili risultati nei tumori extramidollari. In questi casi occorre una precoce quanto esatta diagnosi di natura e di sede. Il primo sintomo avvertito dal paziente è il dolore o la parestesia, generalmente di un lato, e solo nell'area di distribuzione di una radice, e associata ad iperestesia dell'area stessa. Con l'aumento di volume del tumore si ha compressione midollare dello stesso lato con interruzione delle fibre motorie e sensitive, talvolta con la caratteristica sindrome di Brown-Sequard. Se il tumore non viene asportato si può avere anche una completa paraplegia. La diagnosi esatta e precoce in tali casi può indurre all'intervento che evita disastrose conseguenze.

DR.

TERAPIA.

Mesaortite luetica e cura malarica.

(Prof. JAGIÈ e dott. SPENGLER. *Wien. Klin. Woch.*, n. 31, 1925).

Dacchè è entrata nella pratica la cura della malaria nella paralisi progressiva ed in altre forme della sifilide proposta da Wagner-Yauregg, è sorta anche la domanda se ed in qual modo questa cura possa avere influenza su quella manifestazione così frequente della lue, che è la mesaortite.

L'A. ha sottoposto varii casi di mesaortite bene accertata alla cura della malaria e proponendosi un doppio quesito: 1) la cura malarica può presentare speciali pericoli in una mesaortite? 2) si può mediante tale cura ottenere un arresto, un regresso od una guarigione della aortite?

La cura è stata eseguita soltanto in quei casi in cui clinicamente la diagnosi di una mesaortite era indubbia e per sicurezza di controllo furono scelti quelli in cui il processo non si era ancora diffuso alle valvole aortiche e però non esisteva insufficienza valvolare. Nella scelta dei casi si tenne anche presente l'esistenza di fenomeni anginosi, di aortalgia e dolore delle coronarie, poichè la scomparsa dei fenomeni subbiettivi dopo la cura è anche un criterio per giudicare dell'esito della cura stessa. La persistenza dell'insufficienza cardiaca malgrado il riposo a letto e la terapia cardio-tonica e quindi il mancato compenso sono una controindicazione della cura, come anche i casi in cui è constatabile una lesione del miocardio.

Nella maggioranza dei casi fu praticata un'unica iniezione endovenosa; il dott. Rosner propone di farne due in due giorni consecutivi affinchè sia abbreviato di molto il periodo di incubazione. Gli ammalati dopo otto accessi febbrili vennero trattati col solf. di chinina, per uso interno e furono eseguite le iniezioni per via endovenosa solo quando erano necessarie per la violenza dell'infezione malarica.

Come cura consecutiva furono somministrate piccole dosi intermittenti di chinina per via orale. Contemporaneamente è di speciale importanza una cura cardio-tonica e l'assoluto riposo a letto durante tutta la cura. Nella maggior parte dei casi, non subito dopo la cura, ma precedentemente, secondo il consiglio di Kyrles, fu seguìto un trattamento col salvarsan.

Nei 19 casi scelti non si ebbe a constatare, durante la cura, dalla parte del cuore nessun fenomeno veramente grave o pericoloso. In un caso durante l'accesso febbrile vi fu un aggravamento dei fenomeni anginosi, in un altro il rumore sistolico divenne più intenso, in un altro si dovette sospendere la cura dopo il sesto accesso febbrile per l'aumento dei fenomeni anginosi, che persistettero per un certo tempo anche dopo sospesa.

Nella maggioranza dei casi fu notevole la diminuzione della pressione sanguigna, che fu constatata anche per parecchio tempo dopo interrotti gli accessi febbrili. Si potette inoltre constatare che anche nei pazienti sottoposti ad una scarsa dieta non si osservò una dannosa influenza della cura sulle condizioni generali di nutrizione. Nella metà dei casi era dimostrabile un manifesto tumore di milza; in più di due terzi di questi casi furono trovati in considerevole quantità i plasmodii nel sangue.

Dalle osservazioni fatte risulta che nei casi di mesaortite luetica studiati la cura malarica fu tollerata perfettamente bene senza serii incidenti. La durata delle osservazioni fatte dopo la cura della malaria è stata breve, appena sei mesi, e però non è naturalmente possibile dare un completo e definitivo giudizio, sebbene sia stata riconosciuta l'influenza della cura sui processi luetici aortici. Occorrono prima parecchi anni di periodiche constatazioni sugli ammalati; però possiamo oggi affermare alcuni dati: si è potuto riconoscere nella metà dei casi un notevole regresso dei disturbi anginosi in seguito alla cura malarica. È bene ricordare il caso di un individuo a 51 anni con mesaortite luetica e da due anni con violenti accessi anginosi non migliorati dopo le ripetute cure del salvarsan, nel quale dopo la cura questi cessarono completamente. Per quanto riguarda i risultati obbiettivi si può oggi dire che non fu dimostrabile un miglioramento degno di nota dopo la cura.

In tutti i modi è necessario un lungo periodo di osservazione per poter determinare di quanto il processo aortico possa essere influenzato dalla cura malarica.

DE CHIARA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. A. DE NICOLA. *Le cure ipertermiche e diatermiche nelle affezioni blenorragiche.* Bologna, L. Cappelli, editore.

Con la scoperta delle correnti ad alta frequenza ha avuto inizio tutta una serie di esperimenti e di studi sulla cura della blenorragia tra i quali meritano a giusto titolo una larga considerazione quelli sulla « Diatermia ».

In questo libro il De Nicola, ricordati dapprima gli antichi principi di termoterapia nella cura delle affezioni gonococciche, espone i fondamenti su cui si basa l'applicazione terapeutica delle correnti diatermiche e ad alta frequenza, la loro azione sul corpo umano, il complesso istrumentario occorrente. Preceduta poi da brevi ricordi anatomici sull'apparato genitale nei due sessi, segue l'esposizione dei risultati ottenuti nella cura delle uretriti gonococciche maschili e delle varie complicanze sia nell'uomo che nella donna.

Favorevolissime le conclusioni: tali da poter ben dirsi che, di fronte alle deficienze degli attuali mezzi, questi nuovi principi terapeutici costituiscono un ausilio validissimo nel combattere le diverse affezioni blenorragiche.

Numerose citazioni bibliografiche completano in ogni capitolo l'esposizione dei singoli argomenti.

M. AGOSTINI.

W. WIGNAL. *Précis d'Elettrophysiologie.* Déductions cliniques et thérapeutiques. G. Doin, éd., Paris. Fr. 6.

Nel volumetto che condensa tutte le nozioni più necessarie in poco più di centocinquanta pagine, sono esposti il modo d'agire delle correnti elettriche sul nostro organismo, ed il modo di reagire di esso; da tali princìpi sono dedotte le applicazioni cliniche e terapeutiche generali.

L'esposizione è elementare, chiara, precisa e moderna, e l'A. si augura che la sua lettura, bastevole per una idea esatta se pur elementare, potrà spingere i volenterosi a perfezionare e a completare la cultura nei grandi trattati. Noi riconosciamo che esso risponde ad un bisogno sentito del medico pratico, quando ricordiamo le ripetute richieste della nostra posta degli abbonati.

T. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXI Congresso di Medicina Interna.

(*Vedi fascicolo precedente*).

27 ottobre 1925.
Seduta antimeridiana.
Ore 10. — Presidenza: SCHUPFER.

Relazione del prof. D'AMATO (Napoli).

Le cirrosi epatiche.
(Anatomia patologica e patogenesi).

Conclusioni.

I. Una classificazione razionale delle cirrosi epatiche non è possibile allo stato attuale delle nostre cognizioni. Se si sceglie per tale classificazione il criterio etiologico, ci si trova davanti alla difficoltà che l'istesso agente etiologico può produrre quadri anatomo-patologici e clinici del tutto diversi. Se si sceglie come base il criterio anatomo-patologico, si trova che l'istesso quadro anatomo-patologico può essere provocato da agenti morbosi diversi. Si aggiunga che durante la evoluzione dell'istessa malattia, il quadro anatomopatologico può trasformarsi.

Le barriere anatomo-patologiche, le quali sembravano separare nettamente fra di loro i diversi quadri nosografici, si sono di molto abbassate; sicchè la clinica, la quale per molti anni aveva riposato sulla classificazione anatomica, ha dovuto andare in cerca di nuove basi e di nuovi criteri differenziali. Si è tentato di prendere a base i sintomi fondamentali delle cirrosi, cioè lo stato del fegato, il tumore di milza, l'ittero, l'ascite; ma questi sintomi, se possono essere utilizzati per classificare le così dette forme tipiche, non servono più per intendere e differenziare le numerose forme intermedie e non danno sempre l'idea complessiva completa del quadro morboso, se non vi si aggiunge anche possibilmente la qualifica etiologica.

II. Il concetto che tuttora domina nella istogenesi delle cirrosi è ancora quello stabilito da Kretz, Mac Callum, Fiessinger, Fabris e tanti altri: che cioè le sostanze nocive agiscono sopra tutto sugli elementi parenchimali del fegato, i quali cadono in necrosi, e formano dei vuoti che vengono colmati dal tessuto connettivo. Il parenchima epatico reagisce con sforzi di rigenerazione. Ne risulta un pervertimento degli acini epatici, che costituisce la nota caratteristica delle cirrosi a tipo granuloso. Il processo non s'inizia attorno ai vasi perilobulari. Non vi sono linee nette di demarcazione tra le cirrosi atrofiche e quelle ipertrofiche.

L'istesso tipo istologico di cirrosi può dipendere da condizioni etiologiche diverse, pur che agiscano all'istesso modo sul fegato. Ed a seconda che agiscono con intensità maggiore o minore, in modo più diffuso o più circoscritto, in modo acuto, sub-acuto o cronico, dando maggiore o minore opportunità al parenchima epatico di rigenerarsi e al connettivo di proliferare, si avranno quadri istologici diversi ed anche forme cliniche diverse, malgrado la unità etiologica e patogenetica del processo morboso. In alcuni casi si può ammettere che contemporaneamente o successivamente agiscano sul fegato diversi agenti morbosi.

È molto probabile che nello stabilirsi dei diversi quadri patologici intervenga il fattore individuale, costituzionale, il quale influisce nel determinare il grado di resistenza e la maniera di reagire degli elementi istologici di fronte alle cause nocive.

Un nuovo fattore istologico è stato preso in considerazione in questi ultimi anni nella istologenesi delle affezioni del fegato, ed è il sistema reticolo-endoteliale, al quale si sono attribuite funzioni così importanti nella fisiologia umana. Si è visto che questo sistema s'ipertrofizza e s'iperplasizza in parecchi processi morbosi del fegato a tipo sclerotico, potendo il tessuto fibrillare trasformarsi in tessuto collageno. Sperimentalmente si è potuto dimostrare questa maniera di comportarsi delle *gitterfasern* di fronte a parecchie cause nocive che agiscono irritando o necrotizzando delle aree di tessuto epatico. Anche il tessuto connettivo perilobulare, di origine glissoniana, entra in proliferazione con una intensità che non sempre è proporzionata a quella che subisce il sistema reticolo-endoteliare.

Mancano però finora delle ricerche complete sul modo di comportarsi di questo sistema nelle diverse forme di cirrosi epatica, e più specialmente nelle forme biliari, dove sarebbe stato particolarmente interessante seguire le alterazioni di questo sistema, al quale si attribuisce una parte così importante nella patogenesi degl'itteri.

III. Molti ammettono che la cirrosi atrofica del Laennec sia preceduta da un periodo ipertrofico (cirrosi atrofica post-ipertrofica); ma altri anatomisti patologici lo negano. Ad ogni modo, accanto alla forma di Laennec bisogna metterne un'altra, studiata da Hanot e Gilbert, nella quale l'ascite è accompagnata da tumore di fegato e di milza, ed una terza nella quale vi è solo tumore di fegato e di milza e l'ascite manca, oppure può apparire in ultimo.

È nota la cirrosi epatica del morbo di Banti. Eppinger ha creduto di isolare un'altra varietà di cirrosi che ha dei punti di contatto col morbo di Banti e alla quale ha dato il nome di cirrosi splenomegalica.

In questa forma si osserva un fegato cirrotico, granuloso e un grosso tumore di milza, senza ascite e senza ittero permanente. L'etiologia ignota, il progressivo ingrandimento della milza, il grande beneficio che riceve dalla splenectomia la ravvicinerebbero al morbo di Banti, del periodo preascitico; ma se ne differenzia, secondo l'Eppinger, perchè: 1° s'inizia con disturbi gastro-intestinali o coi fenomeni dell'ittero catarrale; 2° istologicamente la milza presenta una fibroadenia, ma non identica a quella delle milze bantiche, perchè non comincia mai dai follicoli.

Una varietà di questa forma, egualmente de-

scritta da Eppinger si accompagna a grave anemia, che ricorda quasi l'anemia perniciosa.

Gli elementi forniti dall'Eppinger per differenziare questa forma morbosa dalle altre non sembrano sufficientemente dimostrativi e convincenti.

Un posto speciale spetta alla cirrosi epatica che si osserva nel morbo di Wilson. È un'affezione giovanile, familiare, forse anche eredo-familiare. Il fegato si presenta irregolare, a bernoccoli grossi, molto maggiori di quelli delle comuni cirrosi. Le caratteristiche istologiche del fegato cirrotico in questa malattia sono l'attivissima proliferazione dei vasi biliari e dei vasi sanguigni e i processi molto attivi di rigenerazione delle cellule epatiche; come, dal punto di vista clinico, i disturbi a carico del fegato sono così poco accentuati da passare spesso inavvertiti. La benignità dell'affezione sembra che sia insita nella malattia, la quale permette un'attiva rigenerazione di capillari sanguigni e di cellule epatiche.

La cirrosi epatica è stata osservata oltre che nella malattia di Wilson anche nella pseudosclerosi di Westphall-Strümpell, che molti identificano con la prima, e nel così detto spasmo di torsione (Thomalla, Wimmer e Neel).

Non è facile spiegare la patogenesi di questa cirrosi e i suoi legami con le lesioni dei nuclei della base. L'ipotesi di Wilson che la malattia del fegato precede quella dei centri nervosi, per quanto suffragata da qualche caso clinico, non si può dire sicuramente dimostrata. Il ravvicinamento del morbo di Wilson all'ittero nucleare dei bambini di Schmorl e Beneke non illumina affatto la patogenesi del male, perchè anche quest'ultima è una malattia familiare a patogenesi oscura.

La malattia di Wilson deve essere classificata, secondo Hall, nel gruppo delle affezioni ereditarie, che Gowers designa col nome di *abiotrofie*. Il fegato e i centri nervosi ammalano contemporaneamente, per debilità congenita, sotto l'azione degli stessi agenti nocivi.

Ha un certo valore il fatto ricercato in questi ultimi tempi che anche negli infermi affetti da sindrome post-encefalitica o da morbo di Parkinson la funzionalità epatica si presenta spesso scaduta. Ha un significato ancora oscuro la pigmentazione grigio-verde della cornea, che si osserva costantemente in tutti i casi di morbo di Wilson.

Merita un cenno speciale una forma rara, ma interessante: la cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten, nella quale, com'è noto, si osserva la persistenza della vena ombelicale ed uno sviluppo considerevole delle vene paraombelicolari. La patogenesi di questa forma di cirrosi non è affatto chiara.

Recentemente il Bastai, nella clinica del Micheli, ha trovato in questi casi la stenosi congenita delle vene sopraepatiche: reperto che renderebbe conto della sindrome morbosa.

IV. Molto complessi sono i rapporti fra cirrosi epatica e diabete. Nel diabete si può trovare un fegato ingrandito per semplice iperemia oppure indurito. Più raramente si può trovare atrofico. Una forma interessante di atrofia, non cirrotica e non marantica, fu descritta per la prima volta nel 1875 da Luciano Armanni. Un'altra forma di atrofia speciale, accompagnata da leggera proliferazione connettivale, da abbondante proliferazione degli endoteli e da pigmentazione giallo-bruna delle cellule epatiche fu descritta da D'Amato nel 1902. Queste forme non possono essere considerate come vere forme cirrotiche. Esistono poi vere forme cirrotiche, ascitiche o non, complicate con diabete. La più interessante è la cirrosi pigmentaria di Hanot e Chauffard, che oggi si preferisce di chiamare emocromatosi.

La patogenesi di questa forma morbosa è ancora molto oscura. Interessanti sono gli studi di Auscher e Lapicque, i quali hanno dimostrato che il pigmento depositato nei visceri è un idrato di ferro, di cui hanno determinata la formula, e al quale hanno dato il nome di *rubigina*, mentre che il pigmento della pelle è privo di ferro ed è una melanina. Hueck invece accetta la vecchia distinzione del pigmento fatta da Recklinghausen e da Schmidt in emosiderina ed emofuscina: soltanto ritiene che anche l'emofuscina, convenientemente trattata, dia la reazione del ferro. L'emofuscina sarebbe un lipoide, ed ecco perchè Hueck propone di chiamarla *lipofuscina*.

Nell'emocromatosi si ha accumulo di pigmento ferruginoso negli organi interni e specialmente nel fegato, dove si è calcolato che si possono depositare fino a gr. 38.7 di ferro (Anschütz e Hesz-Zurhelle). La resistenza globulare in questa malattia è normale o di poco abbassata. Il sangue non contiene nè auto- nè etero-emolisine; non vi è aumento delle emazie granulo-filamentose.

Diverse teorie si contendono il campo per spiegare la patogenesi. Le principali sono: la emolitica (Regaud e Duvernay), la epatogena (Hanot e Chauffard), la mista, epato-emolitica (Fiessinger e Laurent), la teoria di Eppinger, che invoca una insufficienza primaria delle cellule deputate fisiologicamente al trasporto del ferro. I siderociti avrebbero perduta la proprietà di eliminare il ferro loro pervenuto.

È più facile dimostrare la inesattezza di queste teorie anzi che costruirne una nuova, che sia attendibile.

V. La cirrosi ipertrofica biliare del tipo Hanot esiste, ma è molto rara, quando si voglia tener conto delle note istologiche fondamentali descritte dallo stesso Hanot e poi da Kretz e da Fabris. Queste note consistono essenzialmente in processi di iperplasia e ipertrofia delle cellule epatiche e in un processo proliferativo, che non si deve ritenere iniziato dai dintorni dei vasi biliari nè grossi nè piccoli. Non vi è pervertimento del piano strutturale del fegato.

Si osservano poi quadri morbosi che clinicamente si confondono con la cirrosi di Hanot, ma che se ne differenziano per le note anatomo-istologiche del fegato. A questa categoria appartengono i casi descritti di recente dal Greppi, ai

quali egli dà giustamente il nome di *epatite ipertrofica infettiva*. Lo stesso si dica di alcuni esiti della colangite lenta, studiata specialmente dal Naunyn e da Umber. Questo processo infettivo cronico delle più fini radici biliari suole attaccare anche il parenchima epatico e stimolare una proliferazione connettivale con disposizioni diverse, in modo che si produce una cirrosi, la quale, secondo gli Autori tedeschi, prenderebbe, a seconda dei casi, l'aspetto ora della cirrosi di Laennec ora della forma di Hanot. Non si può consentire che si produca in tal modo il vero morbo di Hanot, ma si può ritenere che la colangite produca un quadro clinico e anatomo-patologico che somiglia molto al morbo di Hanot.

Dalla forma di Hanot vanno nettamente separate le così dette cirrosi biliari da stasi, dipendenti da occlusione cronica delle vie biliari. Così pure debbono essere separate, per le diversità del reperto istologico, quelle forme di cirrosi ipertrofica biliare che si osservano nella calcolosi epatica di lunga durata e nelle quali si trova spesso un'occlusione parziale delle vie biliari.

Un posto a parte merita la cirrosi ipertrofica biliare di natura sifilitica, descritta dallo stesso Hanot: clinicamente si confonde con l'altra; ma è dubbio se la sifilide possa produrre un quadro istologico non differenziabile nei dettagli microscopici da quello della classica cirrosi di Hanot.

Vi è poi da considerare la possibilità di cirrosi granulose anitteriche, che diventano itteriche per il sopraggiungere di una infezione o di un'altra causa.

Anche la presenza di parassiti animali nel fegato umano può provocare un quadro clinico che somiglia a quello della cirrosi di Hanot. Tale è il caso di varietà di distoma, che più spesso è del genere *opistorchis*: la malattia è più frequente nei tropici e in alcune contrade dell'Asia.

VI. È fuori dubbio che la tubercolosi possa localizzarsi nel fegato e che i veleni tubercolari esercitano un'azione nociva su quest'organo, come è stato dimostrato anche sperimentalmente: ma non è per nulla provato che la cirrosi atrofica del Laënnec possa essere di natura tubercolare. È ben sicuro invece che i processi cirrotici del fegato favoriscano lo sviluppo secondario della tubercolosi.

La tubercolosi può indurre però delle alterazioni nel fegato o a tipo parenchimale, com'è l'epatite nodulare del Sabourin e l'epatite parenchimale di Gilbert, oppure a tipo interstiziale e parenchimale insieme, come è la forma di Hutinel-Sabourin, nella quale la proliferazione del tessuto interstiziale è accompagnata da diffusa degenerazione grassa delle cellule epatiche. È da notare che in quest'ultima forma morbosa è in giuoco anche l'intossicazione alcoolica accanto a quella tubercolare.

Hanot e Gilbert, Hanot e Lauth hanno descritto parecchi altri tipi di epatiti tubercolari, ma in tutti, accanto alla proliferazione connettivale, campeggia la degenerazione grassa più o meno avanzata delle cellule epatiche. Molte volte la proliferazione connettivale sembra dipendere dalla trasformazione fibrosa dei tubercoli.

Brault e Legry non credono che sia dimostrato neanche sperimentalmente che la tubercolosi possa provocare nel fegato delle lesioni così diffuse e così avanzate come quelle che si vedono nei comuni processi cirrotici.

Un posto speciale merita la così detta pseudocirrosi pericarditica di Pick, la quale è una cirrosi capsulare che accompagna la sinfisi pericardica, ed è spesso di natura tubercolare (Schupfer).

VII. La sifilide può indurre nel fegato lesioni svariatissime, comunemente note. Vi è una cirrosi volgare di natura luetica, che ha però qualche carattere istologico speciale; ed è noto che vi è una forma di cirrosi ipertrofica biliare a tipo Hanot, oltre alle comuni forme sclero-gommose. È nota la epatite interstiziale della sifilide ereditaria.

Ma vi sono delle forme di sifilide epato-splenica, specialmente da lue ereditaria, che mentiscono abbastanza bene il morbo di Banti: l'esame istologico dimostra che si tratta di due processi diversi.

Recentemente è stata richiamata l'attenzione da Jacquinet anche sulle epatiti luetiche parenchimali, nelle quali, sebbene vi sia un leggero aumento di connettivo, non è a parlare di vere cirrosi. Esse però possono rappresentare con probabilità uno dei primissimi stadi della lue epatica, che a lungo andare può finire con la cirrosi.

Infine sono stati segnalati casi di tumore epato-splenico da sifilide terziaria complicata da anemia pronunziata. Questi casi presentano interesse, sopra tutto perchè documentano i rapporti che intercedono fra cirrosi e apparato ematopoietico.

VIII. La malaria, ritenuta per molti anni uno dei fattori etiologici più frequenti delle cirrosi epatiche, è stata detronizzata quasi del tutto in seguito alle ricerche precise ed autorevoli della scuola di Roma (Marchiafava e Bignami, V. Ascoli, Dionisi). Tuttavia non mancano qua e là descrizioni di casi clinici sospetti. Forse l'opinione più esatta è quella di V. Ascoli, il quale ritiene che l'infezione malarica predisponga il fegato a risentire più fortemente l'azione nociva di alcuni veleni epatici, che forse non avrebbero intaccato un fegato sano. Così alcuni casi di cirrosi da malaria andrebbero più giustamente interpretati come cirrosi da cause multiple. Si è pensato che il tumore cronico di milza da malaria possa diventare una sorgente di intossicazione epatica e quindi di cirrosi. Questa opinione, sostenuta da clinici eminenti come Chauffard, Cardarelli, Rummo, Castellino, è fondata su osservazioni molto serie, e meriterebbe di essere sviluppata con nuove indagini scientifiche.

IX. La milza ha una parte importantissima nella patologia e nella clinica delle cirrosi epatiche.

Non è più lecito sostenere che la milza nelle cirrosi ascitiche sia semplicemente una milza da stasi. Gauckler, che fece il primo studio sistematico sull'argomento, dimostrò che l'ingrandimento della milza è dovuto principalmente alla sclerosi ipertrofica della polpa. Egli rilevò anche l'abbondanza di macrofagi nel reticolo splenico, e quindi fu il primo a stabilire che la milza cirrotica è una milza eritrofagica. Le istesse alterazioni descritte nella milza della cirrosi atrofica il Gauckler le trovò nella cirrosi biliare ipertrofica e in alcuni casi di splenomegalia primitiva; però nella forma atrofica si trova un'organizzazione meno avanzata che nelle forme ipertrofiche.

Eppinger volle paragonare la milza della cirrosi ipertrofica con quella della splenomegalia emolitica, e trovò che i due reperti istologici erano all'ingrosso diversi, ma presentavano qualche punto di contatto, secondo lui, molto interessante. Infatti le cellule di Kupfer erano ricchissime di ferro e di eritrociti, come nelle splenomegalie emolitiche. Inoltre vi era un enorme afflusso di sangue nella polpa splenica, cioè in un territorio diverso dai seni e dai capillari sanguigni, come nelle affezioni a tipo emolitico. E vi erano spiccate alterazioni nei vasi della milza, a cui Eppinger ha dato gran peso, perchè pensa che gli eritrociti usciti dagli spazi rivestiti da endoteli vadano fatalmente incontro alla distruzione. Sicchè per Eppinger la milza delle cirrosi biliari sarebbe a spiccato tipo eritrofagico.

Altri tipi istologici di milze nelle cirrosi epatiche sono la milza fibroadenica del morbo di Banti, la milza sifilitica e la milza malarica; ma queste lesioni sono così universalmente note che non è il caso di riferirle.

X. Un altro organo leso frequentemente nelle diverse forme di cirrosi epatica è il pancreas, come dimostrarono Klippel e Lefas, D'Amato, Steinhaus e molti altri dopo di loro. Le alterazioni de pancreas sono state riscontrate non solo nelle cirrosi ascitiche con stasi portale, ma anche in quelle in cui mancano i disturbi circolatori della vena porta. Questa [illegible]rcostanza permette di pensare che le alterazio[illegible] [illegible]lel pancreas dipendano verosimilmente dall'istes[illegible] causa nociva che agisce sul fegato e sulla mil[illegible]a. Le alterazioni del pancreas consistono in lesioni parenchimali ed interstiziali; nelle cirrosi ascitiche vi sono anche più o meno gravi disturbi circolatori. Giammai le alterazioni del pancreas si possono paragonare per intensità a quelle del fegato; gl'isolotti di Langerhans presentano di regola lesioni meno spiccate e diffuse di quelle degli acini epatici. Sono note le alterazioni del pancreas nell'emocromatosi. Queste lesioni del pancreas nei cirrotici aiutano ad intendere le alterazioni del ricambio dello zucchero, che non raramente si osservano in questi infermi. Questa ipotesi, formulata da D'Amato, è stata accolta da Eichhorst, da Klippel e Lefas. Recentemente Chauffard, Brodin e Zizine hanno espresso una opinione identica.

XI. Mancano ricerche sistematiche sullo stato del midollo osseo e delle glandole linfatiche nelle cirrosi. Nelle cirrosi biliari a tipo Hanot le linfoglandole sono state trovate spesso ingorgate. Eppinger ha insistito moltissimo sulla partecipazione del midollo osseo ad alcuni processi cirrotici che si accompagnano con anemia, con esagerata emolisi oppure con fenomeni di diatesi emorragica. Il midollo presenterebbe spesso, secondo Eppinger, le note di una più spiccata attività; però alcune volte, per ragioni non sempre valutabili, il midollo può presentare una depressione della sua funzione, ciò che alcuni chiamano collasso del midollo, con le relative conseguenze per la crasi sanguigna.

Nelle cirrosi con diatesi emorragica a lui sembrò che vi fosse un'esagerata distruzione di trombociti nella milza ed una più attiva formazione di questi elementi nel midollo delle ossa. Queste ricerche hanno bisogno di essere confermate.

XII. La patologia sperimentale si è affaticata da molti anni a riprodurre le cirrosi negli animali. Questo scopo non si può dire che sia stato raggiunto in modo perfetto; ma in questo modo sono stati studiati una grande quantità di veleni epatici capaci di provocare nel fegato alterazioni parenchimali e interstiziali assai vicine a quelle della cirrosi umana. L'alcool etilico non è tra i veleni più attivi; più nocivi sono l'acido lattico, l'acido acetico e l'acido butirrico e soprattutto il cloroformio, il fosforo, il tetracloroetano. Per arrivare alle lesioni interstiziali bisogna usare dosi piccole, ripetute per un tempo lunghissimo. Una speciale importanza per la patologia umana spetta alle ricerche fatte con alimentazioni inadatte, inaugurate da Ignatowski e sviluppate specialmente da Chalatow e da altri. Queste ricerche dimostrarono che la somministrazione di giallo d'uovo oppure di colesterina pura induce nel fegato degli animali e in altri organi (specialmente l'aorta) alterazioni gravi: quelle del fegato, secondo Ignatowski, possono finire con la cirrosi.

Ricerche analoghe fatte da D'Amato con la colesterina non diedero risultati identici: infatti si produsse un forte deposito di lipoidi nel fegato e in altri organi, nell'aorta si produssero lesioni molto simili a quelle dell'arteriosclerosi umana, ma nel fegato non si vide nessun accenno a reazione connettivale. Eguali risultati avevano ottenuto Anitschow e Chalatow. Queste ricerche di grande importanza per la patologia umana meriterebbero di essere continuate.

La patologia sperimentale ha permesso di studiare l'istogenesi delle cirrosi ed è venuta a risultati identici a quelli di Kretz (Fiessinger e Wolf). Essa ha permesso di assodare un altro fatto: che cioè molti dei così detti veleni epatici sono nocivi anche per altri organi, come la milza, il pancreas, i reni (D'Amato, Poggen-Pohl, Rossle ed altri): fatto sperimentale che avvalora il concetto clinico che nelle cirrosi un'identica causa agisca sul fe-

gato, sulla milza e sul pancreas (Senator, Cardarelli ed altri).

XIII. La patogenesi delle cirrosi biliari è anche più difficile a ricostruire. Le ricerche sperimentali fatte da molti osservatori sugli effetti della legatura del coledoco hanno dimostrato che si possono produrre nel fegato alterazioni parenchimali e interstiziali che somigliano alla così detta cirrosi da stasi biliare, ma non somigliano affatto alla cirrosi di Hanot. Nelle cirrosi ipertrofiche biliari da calcolosi si dà giustamente maggiore importanza all'infezione cronica delle vie biliari che al fattore meccanico della stasi incompleta.

Da Kiener in poi (1893) è nella mente di tutti che la cirrosi biliare di Hanot sia l'esponente di una infezione cronica del fegato o di una infezione generale con localizzazioni anche nel fegato; ma tutti i tentativi fatti per riprodurla provocando sperimentalmente le infezioni biliari, si possono ritenere falliti. Le ricerche batteriologiche per isolare dei germi nei casi di morbo di Hanot o di cirrosi biliari simili a questo, hanno permesso di ricavare germi diversi (b. coli, b. del tifo, enterococco, streptococchi banali o del tipo *viridans*); ma non si è potuto dimostrare la stretta specificità dei germi isolati di fronte all'affezione epatica. Per alcune forme di cirrosi biliari si può ritenere che si tratti di un esito della *colangite lenta* di Naunyn, che sarebbe più giusto chiamare *epatocolangite lenta*, poichè tutte le infezioni che la producono esercitano la loro azione nociva anche sulle cellule epatiche oltre che sulle radici delle vie biliari. La colangite capillare non è da confondere con la comune angiocolite dei grossi vasi, di cui non si trova traccia nelle sezioni necroscopiche. Questa patogenesi non è applicabile al vero morbo di Hanot, nel quale gli osservatori più sagaci non hanno trovato note nè di angiocolite nè di periangiocolite capillare.

Un problema interessante è la patogenesi dell'ittero nelle cirrosi biliari: questo problema non può non risentire le incertezze e le controversie che dominano ancora la patogenesi delle itterizie in genere. È noto che l'ittero delle cirrosi biliari è a tipo pleiocromico. Eppinger ha espresso di recente un'idea originale sul significato di questo ittero, sostenendo che esso fosse in parte di natura emolitica. Fondava la sua opinione sui seguenti criteri: 1) presenza di notevole quantità di bilirubina nel contenuto intestinale di questi cirrotici; 2) stato dei fini capillari biliari, studiati col suo metodo; 3) caratteri istologici della milza, che è a tipo eritrofagico; 4) emosiderosi del fegato e della milza; 5) possibilità di anemie gravi nelle cirrosi; 6) azione decisamente favorevole sull'ittero esplicata dalla splenectomia. Accanto al fattore emolitico Eppinger ammetteva anche dei fattori meccanici nella patogenesi dell'ittero cirrotico, che sarebbe perciò di natura abbastanza complicata.

Queste idee sono state combattute di recente dal Pietra, nella clinica del Micheli. Egli ha visto in un buon numero d'infermi di cirrosi biliare che la reazione di H. van den Bergh era quasi sempre diretta. Trovò una grande quantità di ferro nelle cellule epatiche e ferro e molte cellule pigmentifere nella milza. La bilirubina del siero era dunque una bilirubina da stasi; nelle urine vi erano i sali biliari. Non si osservavano, negli infermi, segni evidenti di una più attiva rigenerazione del sangue. Relativamente all'abbondante deposito di ferro, il Pietra osserva che nelle cirrosi il ferro è depositato nelle cellule epatiche e non nelle cellule di Kupfer, quindi non vi arriva dalla milza. Non vi sarebbe perciò nessun segno sicuro di emolisi esagerata negli infermi di cirrosi biliare ipertrofica.

Il Pietra pensa che nella patogenesi degli itteri si debba dare il posto principale alle alterazioni della cellula epatica, le quali spiegherebbero anche la ritenzione del ferro. Egli non ammette che vi sia un rapporto fra quantità di urobilinogeno delle urine e quantità di bilina fecale: tale rapporto, se è evidente nell'ittero emolitico, non è evidente nelle cirrosi. Infine non crede improbabile che l'eccessiva eliminazione di urobilina e di bilirubina dipenda, non da iperfunzione delle cellule epatiche, ma da uno scadimento funzionale di queste.

In realtà bisogna convenire che l'Eppinger non ha fornito prove sufficienti per documentare la natura, come egli dice, parzialmete emolitica dell'ittero dei cirrotici.

Le ricerche sul sangue e quelle sul ricambio emoglobinico sono assolutamente deficienti; quelle istologiche non sono nettamente dimostrative. Tuttavia il fatto che in parecchi casi l'ittero è scomparso dopo la splenectomia ha un indiscutibile valore ed obbliga a ritornare sulla questione con nuove ricerche.

La cellula epatica, come aveva detto autorevolmente lo Zoja, e come sostiene ora anche il Pietra, deve avere una parte importante nella patogenesi di questi itteri; ma io penso che anche altri fattori entrino in giuoco. Tra i fattori non ancora considerati si può forse contemplare anche questo: che il fegato malato secerne con tutta probabilità una bile alterata. Minkowski e Brauer riscontrarono dell'albumina nella bile di alcuni infermi, e D'Amato con ricerche sperimentali dimostrò che la bile di animali sottoposti ad alcune intossicazioni diventa ricchissima di nucleoproteide biliare e povera di sali biliari.

La questione degl'itteri nelle cirrosi, malgrado i grandi progressi fatti in questi ultimi anni, deve ritenersi ancora allo studio.

XIV. Nel gruppo delle cirrosi di origine splenica domina indiscutibilmente il morbo di Banti. Sebbene alcuni ricercatori stranieri persistano a negarne l'autonomia, tuttavia gli argomenti e i fatti dimostrati dal grande patologo fiorentino non sono stati seriamente oppugnati. Dal punto di vista anatomo-patologico sono state descritte lesioni fibro-adeniche della milza in malattie diverse da quella del Banti; però in questi casi la fibro-adenia era difficilmente omogenea e diffusa come nel

morbo di Banti, e sopratutto non era dimostrabile che la fibro-adenia si generasse dai follicoli come nella milza bantica.

Senza dubbio si vedono in Clinica e al tavolo anatomico quadri morbosi che rassomigliano molto al morbo di Banti. Alcune affezioni, fra le quali la cirrosi splenomegalica descritta da Eppinger e alcune forme di sifilide epatosplenica, specialmente congenita, si confondono facilmente col morbo di Banti; ma i quadri istologici di queste malattie sono diversi.

Si è discusso se altre forme di cirrosi siano di origine splenica. Come è noto, lo Chauffard ritiene che una varietà di cirrosi biliare sia a precessione splenica.

Anche nella malaria cronica il mio illustre Maestro prof. Cardarelli ha espresso il convincimento che la milza sia responsabile della cirrosi epatica e che la splenectomia fatta a tempo salvi il fegato dalla cirrosi. E l'Eppinger nella cirrosi biliare ipertrofica, pur ammettendo che l'affezione del fegato e quella della milza decorrano in modo parallelo, crede che la milza aggravi le condizioni del fegato, le quali verrebbero migliorate dalla splenectomia.

Vi è da notare che l'esistenza di una vera cirrosi biliare a precessione splenica ha bisogno di essere meglio documentata.

Nella malaria cronica, oltre la milza, anche il midollo delle ossa è un recettacolo di germi; sicchè asportata la milza non si è sicuri di avere estinta l'infezione. Nella cirrosi biliare ipertrofica occorrono nuovi studi per determinare bene qual'è l'importanza fisio-patologica della milza.

Sicchè la sola cirrosi di origine splenica ben documentata finora rimane il morbo di Banti, sebbene si debba ammettere che questo sia molto raro e che possa essere simulato da altri stati morbosi.

XV. Nella patogenesi delle cirrosi non va trascurato il fattore costituzionale. È merito del De Giovanni e della sua scuola (sopra tutto Castellino, Viola, Messedaglia) di avervi richiamato su l'attenzione degli studiosi. Recentemente Goldzieher e Chvostek vi hanno anch'essi insistito, ammettendo una debolezza congenita del legato in alcuni individui o in alcune famiglie, mentre il De Giovanni aveva ammesso una tendenza congenita alle sclerosi viscerali.

Il fattore costituzionale si rivela in modo chiaro ed evidente nelle così dette forme familiari epatiche: il morbo di Wilson, lo spasmo di torsione, e poi le forme biliari, che vanno dalla colemia semplice familiare alle splenomegalie emolitiche, all'ittero nucleare di Beneke e alle vere cirrosi biliari ipertrofiche.

Nessun dubbio che il fattore familiare giuochi una parte interessante nella patogenesi delle cirrosi. È compito delle ricerche future studiare con severe indagini quali siano i fattori etiologici, anatomo-istologici e fisio-patologici di questo fattore costituzionale.

(*Continua*).

XXXII Congresso della Società italiana di Chirurgia.

(*Vedi fascicolo precedente*).

Discussione sulla occlusione intestinale.

SOLIERI (Forlì). - Ha visto diminuire nella sua statistica la mortalità dal 40 % al 30 %, dopo che ha istituito in Forlì una perfetta organizzazione di pubblica assistenza e di pronto soccorso. Ha avuto risultati soddisfacenti dall'uso dell'ipofisina nei casi di ileo post-laparotomico. Nell'ileo acuto usa sistematicamente l'ipofisina, riservandosi però di intervenire se il risultato favorevole non si è ottenuto dopo un'ora o un'ora e mezza. Non si è mostrata invece utile l'ipofisina nelle forme di ileo influenzali con riflessi vago-simpatici, in cui ad un periodo di paralisi fa seguito un periodo epatico con crisi terminale diarroica.

MATTOLI (Chieti). - Ritiene che l'eviscerazione debba limitarsi ai casi di assoluta necessità, nella maggior parte dei casi essendo possibile di trovare il punto della occlusione con un minimum di trauma operatorio. Rileva come in molti casi lo stato degli infermi costringa il chirurgo a contentarsi di una semplice enterostomia; questa pratica non deve essere generalizzata poichè l'ideale chirurgico è di rimuovere la causa dell'occlusione. L'O. ha infatti frequentemente praticato, in casi di occlusione, anastomosi, esclusioni e resezioni con risultati migliori di quelli ottenuti con la semplice derivazione del contenuto. L'O., infine, teme lo svuotamento delle anse intestinali, che deve quindi essere anch'esso riservato in casi specialissimi.

DONATI (Padova). - Desidera mettere in evidenza l'importanza di alcune alterazioni nervose per lesioni dei nervi contenuti nel mesentere che causerebbero dilatazioni paretiche dell'intestino, in cui ad un certo momento si può stabilire una occlusione acuta. Le lesioni del sistema nervoso duodenale, da lesioni intrinseche ed estrinseche (ulcere e colecistiti) possono causare dilatazioni della seconda porzione del duodeno temporanea e transitoria dapprima, ma che possono giungere fino all'occlusione tipo arterio-mesenteriale, sulla quale l'attenzione dei chirurgi dovrà essere rivolta in modo speciale nell'avvenire.

MARAGLIANO (Genova). — Ha constatato nei cani che tanto l'eviscerazione quanto la reintroduzione dei visceri nell'addome determinano una caduta della pressione sanguigna, che è più rilevante nella seconda anzichè nella prima manovra.

CERCHIONE (Sogliano). — Riferisce su di un caso di occlusione intermittente determinato dalla compressione esercitata sul sigma da un litopedion, esito di una gravidanza extrauterina verificatasi 8 anni prima, e che guarì per l'apertura della sacca nell'intestino il cui contenuto era divenuto purulento. Guarigione dopo asportazione della tumefazione.

CAMERA (Torino). — A proposito dell'invaginazione acuta dei lattanti, ritiene le cure mediche inutili e pericolose, in quanto fanno perdere un tem-

po prezioso. Nel lattante l'eviscerazione, anche limitata, aggrava di molto la prognosi, per cui è bene praticare un breve taglio laparotomico.

BASTIANELLI PIETRO (S. Giovanni Valdarno). — Su 27 casi di occlusioni intestinali meccaniche l'Oratore ha avuto dodici morti, cioè il 44 per cento di mortalità, ed in un caso d'ileo paralitico ha ottenuta la guarigione. In tutti questi casi la condotta operativa consistette nell'intervento in un tempo unico, tranne che in un solo caso in cui fu praticato un ano artificiale.

CAPPELLI (Ancona). - Ritiene che spesso sia opportuno praticare in primo tempo l'enterostomia, basandosi su criteri clinici desunti dalla sua esperienza personale. Nei casi in cui venga praticata la cura radicale, conviene svuotare preventivamente l'ansa ripiena al disopra dell'ostacolo.

MAGRASSI (Brescia). - Rileva la grande rarità con cui si verificano nelle nostre regioni le invaginazioni intestinali, contrariamente a quanto avviene specie in Inghilterra, in Germania ed in Francia. Più frequenti sono invece da noi le occlusioni intestinali da elminti, nelle quali però molto spesso il semplice riposo dell'intestino ha per esito l'evacuazione spontanea degli elminti. Non è dell'opinione del Margarucci che la tenera età del bambino controindichi l'intervento. Il bambino, scarsamente resistente contro le infezioni, sopporta assai bene il trauma operatorio.

UFFREDUZZI (Torino). — Nella morte degli occlusi ha molta importanza il fattore della disidratazione. L'O. ha in corso delle esperienze nelle quali, praticando dopo la legatura del duodeno, la legatura del coledoco e la colecisto-digiuno-anastomosi, ottiene negli animali così trattati una sopravvivenza maggiore di quella che si verifica dopo la semplice legatura del duodeno. I veleni contenuti nelle anse escluse alte sono molto tossici ed ipotermizzanti, mentre quelli delle anse escluse basse sono meno tossici ed ipertermizzanti. Fa osservare a Leotta che all'esame radiologico del duodeno è impossibile distinguere nettamente le deformità organiche da quelle funzionali.

BASTIANELLI R. (Roma). — L'indicazione all'intervento non si può basare sulla causa dell'occlusione ma sulla gravità del quadro clinico. Non accetta perciò l'eccezione all'intervento che il relatore ha posto per le occlusioni da calcoli biliari. In linea generica egli è favorevole all'enterostomia, tranne che nei casi in cui sia molto facile rimuovere la causa dell'occlusione o sia necessaria una pronta rimozione della causa stessa. Non è convinto che le radiografie mostrate dal prof. Leotta parlino per una stasi duodenale; tale nomenclatura si deve riservare solo alle forme nelle quali l'ostacolo è nell'ultima porzione del duodeno e che decorrono perciò con rigurgito duodenale dimostrabile radiologicamente e con sindrome clinica bene studiata da Americani e da Duval.

STOPPATO (*risp.*). — Ritiene molto importanti le esperienze che l'Uffreduzzi ha in corso perchè dovrebbero delucidare anche la questione della produzione delle tossine nell'occlusione. Crede che la minore gravità dell'occlusione, quando sia deviato il circolo biliare, sia in parte dovuta all'eliminazione di un elemento che partecipa a determinare la tossicità del contenuto duodenale. Conviene col Donati della imperfezione della attuale classificazione delle occlusioni intestinali meccaniche, facendo notare, che anche egli, parlando dei vari meccanismi di produzione dell'occlusione, ha cercato di mettere in evidenza l'importanza del fattore funzionale.

MARGARUCCI (*risp.*). — Si compiace con il Solieri della bella organizzazione sanitaria da lui istituita, convenendo nell'attribuire alla sollecitudine della cura, i miglioramenti operatori da lui constatati.

È lieto che il Mattoli stia contro l'eviscerazione totale sistematica, che in molti casi può essere evitata con lo svuotamento immediato dell'intestino, che deve essere eseguito con le più grandi cautele, dando la preferenza, per quanto riguarda la tecnica, ai tubi di caucciù o cateteri di qualche dimensione, che permettono un sollecito svuotamento ed impediscono la filtrazione del contenuto intestinale sotto la pressione dei gas sempre in forte tensione: a tutti questi requisiti risponde il tubo di Moynihan (a cagione del suo calibro) quando se ne protegge l'impugnatura con compresse o in altro modo. Per quanto riguarda la resezione, di cui il Mattoli vorrebbe estendere le indicazioni, essa deve essere riservata ai soli casi di necessità (cangrena), mentre nella fase occlusiva deve prevalere il principio di attuare il provvedimento più semplice e sufficiente. L'O. insiste, rivolgendosi anche al Bastianelli R., sull'opportunità, nei casi di occlusione meccanica neoplastica, di limitarsi sul momento alla semplice derivazione fecale a mezzo della enterostomia, come aveva già espressamente affermato nella sua relazione, tranne alcune eccezioni (vedi caso del prof. Cascino). L'O. conosce e ritiene giuste le idee del prof. Bastianelli sulla ciecostomia sistematica nelle occlusioni basse del colon e del retto.

Quanto alla via di accesso certo quando la diagnosi di localizzazione può essere fatta prima, ad es., nel tratto ileo-cecale, un taglio laterale può essere utile, mentre nei casi dubbi è più appropriato il taglio mediano. Quanto alla diagnosi causale, utile quando può essere fatta prima dell'operazione, non è necessaria per spingersi all'intervento; per lo più essa non può stabilirsi che a ventre aperto. Con qualche probabilità può essere fatta la diagnosi di occlusione da calcolo biliare, in cui non si escluderà « a priori » un tentativo molto cauto di terapia incruenta (tanto più che spesso i fenomeni occlusivi sono principalmente dovuti allo spasmo concomitante), seguito, in caso di insuccesso, dalla laparatomia e dall'estrazione. Il caso interessante del prof. Donati di eliminazione spontanea di un'invaginazione

ileo-colica dimostra la rara possibilità di guarigione spontanea dell'affezione, che non è però scevra di pericoli e su cui non è lecito contare.

Ringrazia il prof. Donati per aver giustificato i Relatori, i quali sono dovuti uscire dai limiti loro assegnati ed occuparsi anche delle occlusioni non acute per gli importanti addentellati che esistono tra queste ultime e le forme acute.

Al prof. Cappelli dice che il metodo di resezione per invaginazione del sigma, in caso di cangrena, è del Gukow, il quale vorrebbe che fosse adottato come metodo d'elezione, perchè dà risultati migliori di quelli forniti dalle resezioni segmentarie per via endoperitoneale.

È d'accordo col prof. Magrassi nel ritenere sia che l'invaginazione, specie nei neonati, è da noi meno frequente che nei paesi nordici, sia che l'ileo verminoso. a preferenza anche dell'ileo biliare, va inizialmente trattato medicalmente. Il prof. Alessandri ha giustamente detto che nella fase occlusiva le operazioni radicali non indispensabili sono da evitarsi, e con il medesimo il relatore è d'accordo nell'aver ottenuto buoni risultati dal metodo di resezione Jesset-Barker-Rydygier.

Comunicazioni.

PASCALE (Napoli). — *Patogenesi dell'ulcera peptica del diverticolo di Mecket e suoi rapporti con alcuni tumori e fistole della regione ombelicale.* — L'O., con una chiara esposizione e con numerose proiezioni di schemi, preparati microscopici, ha dimostrato la evenienza di queste infrequenti affezioni, insistendo sui rapporti che decorrono tra alcuni tumori e fistole della regione ombelicale con l'ulcera peptica del diverticolo di Meckel.

ANZILLOTTI (Livorno). — *Sulla cura di alcune lesioni che producono stasi nel tubo gastroenterico.* — Richiama l'attenzione sulle cosidette periviscerití che prendono l'aspetto di membrane di Jackson (pericecali e pericoliche) o di Harris (a livello della regione piloro-duodenale). Le perigastriti sono assai più rare delle periduodeniti, delle quali l'O. illustra la sintomatologia e la patogenesi sia congenita che acquisita, infiammatoria, forse tubercolare o sifilitica. Accenna alle periviscerití del colon e del cieco, per poi passare a trattare della terapia di tali affezioni. La rimozione delle membrane, eseguita in vario modo, è indicata nei casi semplici, mentre nei casi complicati si rende spesso necessaria una operazione derivativa. Talvolta la rimozione delle membrane non dà la guarigione, perchè lo stomaco o l'intestino rimangono inerti: in questi casi è necessaria la derivazione del contenuto intestinale; nelle pericoliti e peritifliti spesso la sezione delle membrane e le plastiche non sono sufficienti e si rende necessaria una ileo-colostomia.

Discussione.

TADDEI (Pisa). — Non ritiene frequente la natura tubercolare delle perivisceriti, per la cui produzione bastano comuni flogosi endo- e quindi periviscerali. Nelle membrane peritiflo-coliche conviene di fare la cieco-sigmoidostomia e non la ileo-sigmoidostomia, in seguito alla quale rimane ristagno cecale.

LEOTTA (Bari). — Osserva che il termine di periduodenite non può comprendere tutte le varietà di membrane o briglie, poichè alcune di queste sono certamente di natura non infiammatoria; basti citare la occlusione arterio-mesenteriale.

ANZILLOTTI (*risp.*). — Al Taddei fa osservare che tra le perivisceriti vi sono forme tubercolari, sifilitiche e banali, spesso di origine appendicolare. Quanto alla anastomosi per pericolite egli ha avuto buoni risultati con l'ileo-colostemia. Al Leotta risponde che il termine di periviscerite è eclettico, senza indicare solo lesioni infiammatorie.

Seduta antimeridiana del 26 ottobre.

Presidente: ALESSANDRI.

PARLAVECCHIO (Palermo). — *Importanza e risultati della cura chirurgica dei pantoptosici.* — Ritiene che i pantoptosici debbano essere trattati con cura chirurgica, e che possibilmente debbano essere trattati con una sola operazione anche multipla, nella quale si deve cercare per lo meno di fissare il viscere o il gruppo di visceri più importanti o più gravemente ptosici. Rileva l'importanza di una diagnosi accurata e precoce. Riguardo alla tecnica è del tutto inutile accorciare i legamenti allungati. È preferibile costruire con lembi aponevrotici dei legamenti artificiali. Per la gastropessi l'oratore, dopo aver eseguito una gastroenterostomia con esclusione pilorica e l'arricciamento gastrico, crea un legamento artificiale prelevato dall'aponevrosi del retto fissandolo da un lato allo stomaco e dall'altro alla faccia inferiore del fegato ed al diaframma.

Su 54 casi curati in tale maniera, l'O. ha ottenuto altrettante guarigioni.

Discussione.

FASANO (Asti). — Conferma i risultati di Parlavecchio sulla sua esperienza di tre casi operati però con il metodo Perthus modificato e guariti. È anch'egli, infatti, da lungo tempo dell'opinione che per la manifesta influenza della ptosi epatica sulla ptosi gastrica, è necessario, per correggere quest'ultima, agire prima sulla ptosi epatica.

PARLAVECCHIO (*risp.*). — Il ligamentum teres è talora molto sottile, la resistenza non paragonabile a quella dell'aponevrosi del retto.

TADDEI (Pisa). — *Il megaesofago idiopatico e la sua cura chirurgica.* — L'O. riferisce su due casi (uomo 29 a., ragazzo 15 a.) in cui esisteva una considerevole dilatazione dell'esofago (ristagno, rigurgiti, deperimento) che in corrispondenza del passaggio diaframmatico diveniva imbutiforme.

Nel primo caso, in condizioni gravi, fu eseguita una gastrostomia, seguita da notevole miglioramento delle condizioni generali. Ma l'operazione più razionale è l'esofago-frenolisi (liberazione dell'esofago dal diaframma, suo stiramento in basso per 4 cm., nuova fissazione con catgut dell'esofago al contorno dell'orificio diaframmatico), che l'O. ha eseguito nel secondo caso, con notevole miglioramento dei disturbi. Quanto alla patogenesi l'O. ammette che si tratti o di una atonia o piuttosto di una stenosi relativa per formazione di volvolo o di angolatura in corrispondenza dell'orificio diaframmatico

Discussione.

ALESSANDRI (Roma). — Il megaesofago non legato ad alterazioni organiche è più frequente di quanto si possa pensare. Egli stesso ne ha osservato recentemente due casi, nei quali però la sintomatologia faceva piuttosto pensare ad un cardiospasmo anzichè alla patogenesi ammessa dal Taddei. In appoggio della natura cardiospastica dell'affezione starebbero anche i buoni risultati ottenuti da alcuni con la incisura longitudinale della muscolatura del cardias. Quanto alla via di accesso al cardias egli preferisce quella posteriore (Gregoire, Duval).

P. BASTIANELLI (S. Giovanni Val d'Arno). — Ha osservato di recente un caso di dilatazione idiopatica dell'esofago (25 cm.), in cui a causa delle condizioni di inanizione si è limitato ad una digiunostomia provvisoria alla quale egli ha intenzione di far seguire un trattamento radicale.

TADDEI (*risp.*). — Anche l'O., come Bastianelli, ha osservato dilatazioni dell'esofago, maggiori di quelle descritte, ma per lo più di natura cicatriziale. Al prof. Alessandri risponde che sebbene il decorso dei suoi casi farebbe escludere la natura spastica, tuttavia la esofago-frenolisi potrebbe anche avere l'effetto di modificare l'innervazione e quindi lo spasmo. Quanto alla via di accesso egli ha trovato così opportuna quella anteriore da lui seguita, che non ritiene di doverla modificare.

OLIANI (Thiene). — *Modificazione alla resezione Billroth I.* — Espone una modificazione alla resezione Billroth I: Dopo aver liberato e sezionato il duodeno, si chiude il moncone distale con sutura *lineare*. Eseguita la resezione pilorogastrica si procede ad una anastomosi latero-laterale tra stomaco e duodeno. L'O. ha esperimentato largamente il suo metodo e crede di poterlo consigliare.

BIANCHETTI (Varallo Sesia). — *Sul cosidetto mioma circolare del piloro.* — Un caso di ipertrofia dello sfintere pilorico in una donna di 61 a., in cui fu fatta diagnosi di carcinoma gastrico. Ritiene trattarsi di una forma idiopatica probabilmente di natura nervosa. Fa rilevare le difficoltà diagnostiche e l'erroneità del termine « mioma circolare del piloro ». Afferma che solo una cura radicale può dare risultati definitivi.

P. BASTIANELLI. — *Non si deve sempre pensare ad ulcera peptica dinanzi ad ematemesi a distanza in gastrojejunostomizzati ed esclusi.* — Non sempre davanti ad ematemesi e melena a distanza, in gastroenterostomizzati ed esclusi si deve pensare ad ulcera peptica. Ritiene che con la gastroenterostomia e l'esclusione ci si metta fuori dalle condizioni in cui l'ulcera peptica si sviluppa e che l'equilibrio del trinomio offesa acida, difesa alcalina, resistenza biologica impedisca la formazione dell'ulcera. A sostegno di queste sue vedute riferisce su due casi da lui osservati in cui l'intervento per gravi ematemesi o melene, in soggetti precedentemente gastroenterostomizzati non fece apprezzare alcuna lesione ulcerosa. In uno di questi casi era stata eseguita una gastroenterostomia con esclusione.

Discussione.

DONATI (Padova). — Si dichiara scettico di fronte ai casi descritti dal Bastianelli. Di recente ha osservato tre casi di ulcera digiunale presso la bocca anastomotica; in due casi era stata eseguita una gastroenterostomia con esclusione pilorica; nel terzo esisteva una duodenite stenosante che praticamente realizzava una esclusione duodenale. Ritiene perciò che l'esclusione favorisca la produzione dell'ulcera peptica; d'altra parte nei casi di ulcera duodenale sanguinante la sola gastroenterostomia non garantisce dalla recidiva, mentre in molti casi la resezione può apparire sproporzionata all'entità della lesione.

SEGRE (Torino). — La frequenza dell'ulcera peptica è minore di quanto si afferma. Infatti il Dogliotti impiantando sperimentalmente mucosa digiunale in pieno stomaco, non ha ottenuto formazione di ulcera. Conviene col Donati che si tratti di speciali disposizioni individuali. L'ulcera peptica si deve diagnosticare solo sulla base di sicuri elementi anatomo-patologici riscontrati all'atto operativo.

PASCALE (Napoli). — Le condizioni che generano l'ulcera peptica sono da un lato lo stato biologico della mucosa, dall'altro la quantità e la qualità del succo gastrico.

TADDEI (Pisa). — Ha osservato un solo caso di ulcera peptica consecutiva a gastroenterostomia semplice eseguita da altro chirurgo con bottone di Murphy e con stenosi della stomia.

Quanto alla patogenesi ritiene che oltre a molti altri fattori abbiano importanza gli enterostasi: egli perciò esegue la stomia con tubi elastici e non con strumenti rigidi, da adoperarsi per gli interventi sullo stomaco.

BRANCATI (Roma). — Le condizioni sperimentali effettuate dal Dogliotti, e che del resto non sono nuove, sono essenzialmente diverse da quelle che si hanno in condizioni patologiche: nè si possono paragonare con quelle in cui esiste una gastroenterostomia semplice o un'esclusione con condizioni secretive abnormi; fattori tutti molto importanti ma differenti fra loro, per la patogenesi dell'ulcera peptica.

ALESSANDRI (Roma). — Ha osservato e pubblicato 13 casi di ulcera peptica, con reperti anatomo-patologici precisi.

L'esclusione, pur non essendo la causa della lesione, sicuramente, secondo l'osservazione generale, ne aumenta la probabilità di produzione. Quando in gastroesterostomizzati sopravvengono sofferenze gastriche bisogna, nella diagnosi, tenere in giusto conto la possibilità dell'ulcera peptica. Il problema terapeutico dell'ulcera duodenale rilevato dal Donati resta tuttora insoluto. Per proprio conto ritiene si debba sempre preferire la resezione gastrica anche estesa, anche quando non è possibile o troppo grave una resezione dell'ulcera per la sua sede, chiudendo il duodeno e praticando una Polya od una Balfour.

BASTIANELLI (*risp.*). — L'ematemesi verificatasi nel primo dei casi riportati si potrebbe anche spiegare con disturbi simpatico-tonici, per squilibrio endocrino, trattandosi di una ragazza. Conviene col Taddei sull'importanza della tecnica adoperata durante la gastroenterostomia. Ritiene degne di interesse le esperienze del Dogliotti e al Pascale fa notare che il caso di ulcera peptica diverticolare dimostra la grande influenza che sulla patogenesi dell'ulcera peptica ha il binomio « acidità gastrica, difesa alcalina ».

SCHIASSI (Modena). — *La tecnica della scontinuità nervosa a cura dell'ulcera gastrica.* — L'O. premesse alcune nozioni anatomiche sull'innervazione simpatica e parasimpatica dello stomaco, descrive la tecnica dell'atto operativo, da eseguirsi come cura dell'ulcera gastrica e che essenzialmente consiste nel praticare la scontinuazione nervosa e vascolare dello stomaco partendo dalla regione della piccola curvatura, in un punto situato un dito trasverso al disopra della zona dove esiste la lesione ulcerativa, e praticando in seguito in senso circolare intorno al viscere una incisione che interessa la sierosa e parte dalla muscolare fino a che la ferita sanguina con vivacità. L'incisione è immediatamente seguita da una sutura alla Lembert. L'O. ritiene che tale tecnica risponde bene alle finalità terapeutiche dell'ulcera gastrica.

Discussione.

SCLIERI (Forlì). — Richiama l'attenzione sull'articolo di recente pubblicato sul *Policlinico*, Sez. Prat.: « Sintoma patologico dell'addome destro ». Ritiene efficace l'operazione dello Schiassi, poichè egli ha veduto guarire ulcere duodenali dopo la semplice appendicectomia, in casi nei quali le turbe nerveo-vascolari del duodeno erano provocate dalla flogosi appendicolare.

DONATI (Padova). — Ricorda che quando affermò che la recisione dei nervi non produceva l'ulcera gastrica, fu molto contraddetto. Esperimentando il metodo Schiassi associato alla gastroenterostomia, nelle ulceri duodenali ha ottenuto ottimi risultati. Non ritiene invece che l'operazione sia opportuna nelle ulceri gastriche, perchè trattando queste lesioni con la resezione a sella della piccola curva e quindi con la recisione dei nervi vaghi e simpatici, ha visto prodursi una « atassia gastrica » del segmento sottostante, che può divenire causa di ristagno.

TADDEI (Pisa). — Domanda se sia giustificato eseguire una laparotomia per l'operazione di Schiassi finchè non sia dimostrato che non si ristabilisce la continuità delle vie nervose scontinuate, e se non convenga invece, dato che la patogenesi nervosa sia accettabile, eseguire la resezione, con la quale si ottiene anche la sezione stabile dei nervi.

F. ROSSI (Aquila). — Per l'analogia dell'operazione dello Schiassi con la *simpaticectomia periarteriosa* applicata alla cura delle ulceri periferiche, esprime il dubbio che anche dopo l'operazione dello Schiassi, avvenga come per la simpaticectomia periarteriosa, che l'ulcera non guarisca o recidivi.

MAMBRINI (Mantova). — È convinto della semplificazione del processo dello Schiassi nella cura dell'ulcera gastrica e duodenale. Ritiene però che nell'ulcera gastrica il metodo debba incontrare delle limitazioni, a causa delle frequenti retrazioni ed alterazioni del legamento gastroepatico.

SCHIASSI (*risp.*). — Dice che voleva esporre solo la tecnica della sua operazione, senza per ora discuterne il valore. Si riserva perciò di rispondere in merito, quando sarà possibile dare un maggiore sviluppo clinico all'argomento.

BAGGIO (Roma). — *Ulcere gastriche sperimentali da ostacolo allo svuotamento dello stomaco (trauma ab ingestis?).* — Su 10 animali, nei quali l'O. produsse una stenosi dell'antro pilorico, con un'introflessione della sua parete anteriore a mezzo di punti staccati in catgut non penetranti, si verificarono 5 reperti di lesioni ulcerose. La produzione di queste sarebbe causata dall'urto del contenuto gastrico contro la stenosi. A tale proposito l'O. ricorda la teoria di Aschoff, fondata a sua volta sulla teoria della via gastrica di Waldeyer, la quale però riguarda solo la cronicizzazione dell'ulcera, mentre secondo l'O. il concetto patogenetico del trauma deve estendersi anche all'insorgenza stessa dell'ulcera.

MINERVINI (Napoli). — *Voluminosa cisti chilosa del mesentere.* — Trattavasi di donna di 50 anni con una voluminosa cisti del mesentere, la quale conteneva circa 10 litri di un liquido lattiginoso. Il tumore fu estirpato ma dopo 3-4 mesi si riprodusse, raggiungendo proporzioni poco minori della prima volta. L'O. ritiene che in simili casi anzichè l'estirpazione totale convenga quella parziale, lasciando aperta la cisti nell'addome, malgrado si formi in questa maniera un'ascite chilosa, ovvero anche convenga fare la marsupializzazione della cisti.

F. ROSSI (Aquila). — *Contributo alla chirurgia della calcolosi biliare.* — In 30 casi di calcolosi biliare operati nell'Ospedale di Aquila, ha ese-

guito 1 colecistotomia, 27 colecistectomie, 2 coledocostomie; un solo caso di morte dopo colecistectomia per shoc da narcosi. Come tecnica operativa nella calcolosi biliare l'O. ritiene che sia preferibile, quando è possibile (vescicola libera da aderenze), la colecistectomia, anche nei casi acuti con vescicola gangrenata e piena di pus (avendo cura in questi casi di aspirare prima il contenuto della cistifellea), a meno che la cistifellea non sia avvolta da aderenze, la cui rottura potrebbe essere causa di infezione. In questi ultimi casi si praticherà una colecistostomia. In otto casi l'O. ha eseguito la rachianestesia fra 12ª dorsale e 1ª lombare. Per la diagnosi è molto utile il sondaggio duodenale; ottimi risultati ha ottenuto recentemente con radiografie eseguite con tetrabromofenolftaleina o meglio con tetrajodofenolftaleina.

GIOIA (Pavia). — *Anomalia di posizione della cistifellea causa di coliche epatiche. Colecistectomia. Guarigione.* — Parlato brevemente delle anomalie di posizione della cistifellea, l'O. riferisce su di un caso, il cui quadro morboso era quello di una colecistite con attacchi a ripetizione pura in cui all'atto operativo si trovò che « il fondo della cistifellea, rovesciato a guisa di berretto frigio sul bordo dell'incisura cistica, giaceva libero in una fossetta scavata sulla faccia superiore del fegato, tra questa ed il diaframma. Colecistectomia. Guarigione. L'O. ritiene che la disposizione trovata nel suo caso fosse acquisita; congenita invece sarebbe stata la disposizione anatomica, favorevole al rovesciamento del fondo della cistifellea sulla faccia convessa del fegato, probabilmente rappresentata dalla abnorme profondità dell'incisura cistica. Le coliche epatiche che si verificarono in questo caso, si possono molto semplicemente spiegare con l'ostacolo creatosi allo svuotamento della bile.

AIOI (Catanzaro). — *Idrope della cistifellea e calcolosi del coledoco senza sintomi.* — L'O. richiama l'attenzione su di un caso, nella cui storia clinica esisteva solo una vaga sintomatologia dolorosa gastrica accanto alla presenza di una tumefazione sotto l'arco costale di destra, a sede e caratteri cistici, ed in cui al tavolo operatorio fu riscontrato che la cistifellea era della grandezza di una grossa banana e ripiena di un liquido giallastro, non torbido e che nel coledoco esisteva un calcolo grosso quanto una ciliegia; questo calcolo del coledoco non si era perciò accompagnato ai sintomi usuali e ben noti. Il calcolo fu asportato; venne eseguita una marsupializzazione della cistifellea dopo avere asportato breve tratto della sua parete anteriore; chiusura della ferita laparotomica. Guarigione.

Presidenza MATTOLI.

ALESSANDRI (Roma). — *Modo di ristabilire la comunicazione col duodeno in casi di gravi ed estese distruzioni delle vie biliari.* — L'O. parla delle difficoltà che si riscontrano nel ristabilire il corso normale della bile nelle distruzioni del coledoco e dell'epatico o nell'obliterazione estesa del loro lume, per lo più operatorie o post-operatorie; e dei vari particolari di tecnica escogitati a tale scopo, attingendo largamente oltre che al campo clinico anche a quello sperimentale. Le difficoltà sono gravi sopratutto perchè in genere manca la cistifellea e la lesione oltre il coledoco interessa più o meno anche l'epatico. In questi casi è preferibile unire direttamente il moncone del dotto al duodeno, semplicemente o su tubo, allo scopo di ottenere una stomia rivestita di epitelio.

L'O. presenta appunto un caso di una donna, operata circa sei mesi innanzi di colecistectomia, la quale si presentò a lui con ittero (che era cominciato 2 mesi circa dopo l'intervento) da ritenzione completa, ed in cui egli eseguì una epatico-duodenostomia, su drenaggio di gomma lungo 5 cm., che fu rimosso circa 3 mesi dopo, mediante apertura del duodeno. Guarigione rapida e duratura. Poichè il dover rimuovere il drenaggio con un altro intervento (il quale talvolta riesce anche infruttuoso!) rappresenta un inconveniente, l'O. pensa che convenga insistere nella ricerca di altri mezzi di protesi ed esorta ricercatori e chirurghi a portare nuovo contributo all'importante argomento.

Discussione.

STOPPATO (Parma). — Riferisce su esperienze in corso per la ricostruzione della via biliare principale a mezzo di un condotto costruito a spese della parete posteriore dello stomaco, nelle quali la maggiore difficoltà consiste nell'anastomosi tra il nuovo dotto ed il coledoco, per la sproporzione di calibro. Risultati scarsi.

MARGARUCCI (Roma). — Domanda come si spiega la guarigione così sollecita della prima breccia operatoria e come si spiega l'assenza dell'ittero per tre mesi cioè fino al nuovo intervento.

ALESSANDRI (*risp.*). — Ignorava le esperienze che ha in corso lo Stoppato perchè ancora non pubblicate. Le difficoltà che s'incontrano nel cane per il piccolissimo calibro del coledoco, sono minori nell'uomo sia per il calibro dei dotti, sia perchè nelle ostruzioni dell'epatico, il moncone residuo è in genere dilatato; tuttavia tali tentativi sperimentali hanno grande valore.

Al Margarucci risponde che, pur essendo difficile interpretare con esattezza il processo avvenuto, si può, come ipotesi, pensare ad una retrazione cicatriziale intorno ai dotti che li obliterò e rese irriconoscibili, forse per un processo di infezione o di necrosi; infatti la malata all'inizio dell'ittero osservò che le sue feci erano picee; certo che all'atto operativo egli non trovò che residui dell'epatico e del coledoco e solo verso l'ilo epatico, una bozza, da cui con puntura esplorativa fu estratta della bile.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le artropatie endocrine.

Nella letteratura medica si trovano spesso accenni a rapporti tra malattie articolari e disturbi delle ghiandole a secrezione interna. Per lo più si sono trovate alterazioni funzionali della tiroide e delle ovaie. Ma la difficoltà della diagnosi patogenetica di simili artropatie è nel fatto che ancora non si posseggono metodi sicuri d'indagine per il sistema endocrino.

F. Boenheim e R. Priwin (*Deut. Med. Woch.*, agosto 1925) riportano due casi caduti sotto la loro osservazione.

Nel primo si trattava di una paziente già ereditariamente tarata, nella quale erano evidenti i segni di alterata funzione ipofisaria ed ovarica. Dieci anni prima dell'attuale malattia la paziente aveva sofferto di reumatismo al polso destro, del quale era però guarita perfettamente. Nel febbraio 1924 fu colpita da reumatismo poliarticolare febbrile, con endocardite.

I fatti articolari andarono regredendo, e dopo qualche tempo solo il polso destro restò affetto, con alterazioni anatomiche del tipo dell'artrite deformante, rilevate nettamente dalla radiografia. Non essendosi ottenuto miglioramento alcuno coi vari trattamenti, si provò a somministrare dei preparati ovarici ed ipofisari per bocca e per iniezione. Dopo 4 mesi la tumefazione articolare decrebbe notevolmente e la funzionalità della mano malata riacquistò in modo evidente.

Nel secondo caso si trattava di una ragazza di 21 anni, con segni evidenti di alterazioni del sistema endocrino, presentante fatti di artrite deformante alle articolazioni delle mani e dei piedi. Anche qui una serie di iniezioni di preparati ovarici apportò in breve tempo notevole miglioramento.

In conclusione gli AA., basandosi più che altro sul successo della terapia, incoraggiano a trattare con preparati endocrini quei casi di reumatismo deformante che insorgono in soggetti nei quali può essere rilevata una deficienza più o meno netta delle ghiandole a secrezione interna, e vengono in tal modo ad affrontare il problema patogenetico ancora insoluto di un gruppo importante di artropatie.

M. FABERI.

Lipodistrofia.

Nella letteratura medica si trovano riportati vari casi di lipodistrofia (lipodistrofia progressiva, lipodistrofia progressiva superiore).

Si tratta di un'affezione che colpisce sopratutto i fanciulli da 5 a 8 anni di età, ed è caratterizzata dalla perdita del grasso sottocutaneo della faccia, del collo, delle braccia e dell'addome, senza causa apprezzabile e senza altri sintomi notevoli di malattie. Nelle femmine si assiste spesso a un contemporaneo aumento del grasso sottocutaneo al disotto delle creste iliache.

Etiologicamente sembra che si possa escludere la sifilide, la tubercolosi, la cattiva nutrizione e un abnorme metabolismo dei grassi. Anche le ricerche circa la funzione delle ghiandole a secrezione interna sono riuscite negative e solo in rarissimi casi si è trovata concomitanza di un tumore tiroideo, di un gozzo esoftalmico e di mixedema.

Alcuni hanno avvicinato la forma morbosa alle distrofie muscolari; altri hanno pensato ad una possibile alterazione del sistema nervoso vegetativo.

Il decorso della malattia può esser diviso in uno stadio attivo, in cui l'atrofia progredisce, ed in uno stadio finale o stazionario in cui permane l'alterazione morfologica che si è formata.

In due soli casi, venuti a morte per infezione acuta sopraggiunta, si potè fare l'autopsia, che però diede resultati poco probativi.

Istologicamente non si ritrova che un'assenza quasi completa del grasso al disotto del corio, con persistenza di qualche scarso globulo adiposo nelle ghiandole sebacee. Nessuna alterazione invece mostrano le ossa e i muscoli.

Non esiste fino ad ora metodo curativo capace di arrestare il male.

V. Coates (*The Brit. Jour. of Child. Dis.*, settembre 1925) raduna in un suo lavoro tutti i casi della letteratura sin qui conosciuti, aggiungendone due nuovi capitati sotto la sua osservazione, riguardanti due fanciulli di circa 8 anni di età.

M. FABERI.

L'obesità nella donna.

La predilezione dell'adiposi per la regione dei seni, delle anche e delle natiche è uno dei caratteri sessuali secondarii della donna. Tale adiposi si manifesta specialmente all'età critica e può diventare patologica sotto l'influenza dei fattori abituali dell'obesità: eredità, alimentazione eccessiva, gravidanza, disturbi endocrini, lesioni del pavimento del terzo ventricolo. Fra le obesità di origine endocrina, E. Graff (*Wiener med. Wochen.*, 6 giugno 1925) distingue quella tiroidea, quella ipofisaria e l'obesità genitale. L'obesità ipofisaria o mesocefalica non si accompagna a disturbi geni-

tali; essa, all'inverso di quella tiroidea, può essere associata ad un metabolismo basale forte, come pure ad una perfetta tolleranza al glucosio ed all'adrenalina. Nei casi singoli però, riesce assai difficile precisare l'importanza rispettiva di ogni ghiandola.

Il tipo morfologico dell'obesità è un carattere obbiettivo che non si è finora abbastanza considerato. Secondo Bauer, vi è un tipo « Rubens » con predilezione delle anche, dei lombi, del basso ventre e delle natiche; il tipo a « pantalone di cavallerizzo » che si localizza alla regione trocanterica; un terzo tipo che interessa particolarmente le braccia, il collo e la nuca ed un quarto tipo con predilezione per gli arti inferiori.

Secondo Tucker, il primo tipo (addomino-iliaco) avrebbe origine infundibulo-ipofisario ed il secondo (trocanterico) origine ovarica.

L'A. ritiene che l'obesità pelvi-trocanterica (linea bitrocanterica maggiore della bisiliaca) deve essere distinta da quella addomino-iliaca (linea bisiliaca maggiore di quella bitrocanterica). La prima sarebbe di origine endocrina, mentre la seconda sarebbe indipendente da ogni fattore ghiandolare e soltanto riferibile alla vita sedentaria, alla costipazione, alla congestione pelvica passiva provocata da anormale funzionamento genitale.

fil.

Ipofisite cronica.

Dai casi riferiti da Simmonds, Rössle e Sternberg risulta che quando il lobo anteriore dell'ipofisi si trasforma in una massa fibrosa si hanno abitualmente disturbi del metabolismo che determinano: negli adulti senilità precoce (perdita dei peli delle ascelle e del pube, arresto delle mestruazioni, caduta dei denti, atrofia marcata degli organi interni), nei bambini nanismo, ipoplasia delle altre ghiandole a secrezione interna e mancato sviluppo dei caratteri sessuali secondari.

Non sono altrettanto ben conosciute le conseguenze di una fibrosi più lieve del lobo anteriore dell'ipofisi.

Simmonds e Brandes (*The Jour. Am.. M. Ass.*, maggio 9, 1925) riportano le loro osservazioni su 200 ipofisi esaminate: in sette casi essi trovarono un aumento di vario grado del tessuto connettivo nel lobo anteriore, senza che questo raggiungesse però l'estesa fibrificazione descritta da Simmonds.

Va ricordato che normalmente verso il centro delle due metà laterali del lobo anteriore si trova una zona di connettivo contenente un ricco plesso di vasi sanguigni. Da questo nocciolo fibroso si irradiano in ogni direzione strisce di connettivo.

Questa massa che è stata da alcuni AA. descritta come patologica è invece un elemento normale.

In 6 casi le lesioni consistevano in una fibrosi da disturbi di nutrizione del parenchima associati ad arteriosclerosi.

Nell'area sclerosata erano presenti avanzi del tessuto parenchimatoso, per quanto in alcuni casi questo fosse ridotto al minimo.

Gli AA. giungono alle seguenti conclusioni: La fibrosi del lobo anteriore dell'ipofisi avviene con discreta frequenza in persone dopo i 50 anni. Tale alterazione è apparentemente dovuta ad arteriosclerosi dei vasi ipofisari.

Il carattere della lesione è tale che essa deve ostacolare la funzione della porzione ghiandolare dell'organo.

Questo suggerisce una delle ragioni dell'insuccesso nei tentativi di ringiovanimento che sono basati sulla restaurazione di una soltanto delle ghiandole a secrezione interna.

Un caso apparve come vera ipofisite cronica (fibrosi accoppiata con infiltrazione linfocitaria marcata, indice di processo infiammatorio cronico).

Malgrado la R. W., la presenza di altre alterazioni suggerivano la possibilità della sifilide come fattore etiologico.

M. MARGOTTINI.

Contributo casistico alla tisi diabetica.

La tisi nei diabetici è caratterizzata da un decorso maligno, scarso di sintomi e ad inizio subdolo. I casi sono riferiti da E. Schönberger (*Med. Klinick*, n. 34, 1925). I sintomi clinici della tubercolosi erano evidenti: sudori, sintomi ascoltatorii, toracici, tosse. In due casi si ottenne un miglioramento dall'applicazione del pneumotorace, in un caso dalla cura insulinica.

POLL.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'origine dell'urobilina.

Nell'urina si trova spesso un pigmento incolore, l'urobilinogeno, che rapidamente si trasforma in urobilina. Anche nelle feci l'urobilina è costantemente presente, e prende il nome di stercobilina.

Sembra accertato che l'urobilina e l'urobilinogeno possano venir formati per riduzione batterica della bilirubina. Si può infatti ottenere tale trasformazione facendo agire « in vitro » sulla bile dei germi anaerobi. È perciò giustificata la ipotesi che ciò possa avvenire con relativa facilità nel tubo enterico, dove esistono condizioni oltremodo favorevoli agli scambi batterici putrefattivi.

Uno studioso del metabolismo dei pigmenti,

G. H. Whipple, ritiene invece che l'urobilina si formi nel fegato, specialmente negli stati morbosi delle vie biliari (angiocolite), negando che l'assorbimento si faccia per l'intestino.

Dal punto di vista clinico avrebbe notevole importanza una dimostrazione certa di tale origine epatica. A tale scopo sono state istituite ricerche all'Istituto Rockefeller per opera di Mc. Master ed Elman (rif. in *The Jour. of the Am. Med. Ass.*, 15 agosto 1925).

Deviando del tutto la bile per lungo tempo dal canale alimentare, ed impedendo qualsiasi contaminazione batterica delle vie biliari, si assiste alla scomparsa dell'urobilina dalle feci, urine e bile. In altre esperienze l'ostruzione totale del flusso biliare provocò egualmente la scomparsa della bilirubina dalle feci e dalla bile; ma dopo qualche tempo, sviluppandosi un ittero grave, il pigmento riapparve di nuovo in piccola quantità nelle feci. Praticando in tal momento una necroscopia, si ritrovò la mucosa intestinale intensamente colorata da bilirubina, una parte della quale era indubbiamente passata nel lume intestinale, ove aveva subìto la trasformazione in urobilina per opera della flora batterica.

M. FABERI.

Importanza della dimostrazione dell'urocromogeno.

La reazione (colorazione gialla dell'urina diluita tre volte con acqua, aggiungendo poi alcune goccie di soluzione 1 ‰ di permanganato di potassio) dimostra la presenza della diazo-sostanza di Ehrlich, che M. Weiss (*Medizin. Klinik.*, n. 23, 1925) chiama urocromogeno.

Scarsissima in condizioni fisiologiche, questa sostanza viene eliminata in grande quantità in quelle condizioni morbose che determinano una disintegrazione dei tessuti organici. Lesioni renali invece impediscono l'eliminazione dell'urocromogeno. Il grado di diluizione a cui l'urina dà ancora la reazione permette una certa determinazione quantitativa.

L'eliminazione del cromogeno è esagerata nel tifo (differenziandolo così dalle gastro-enteriti febbrili), nel morbillo, nella tubercolosi (segno di attività anche se manca la febbre; prognosi sfavorevole, morte non oltre i 6 mesi se persiste l'eliminazione di urocromogeno), nella scarlattina senza complicazioni renali (differenziandola dagli esantemi tossici e dalla malattia da siero). È invece scarsa nell'influenza, nella meningite meningococcica (a differenza dalla tubercolare) e nella polmonite crupale.

POLLITZER.

L'origine del fibrinogeno.

Sono noti i processi pei quali dal fibrinogeno si forma la fibrina insolubile, che costituisce la parte fondamentale del coagulo sanguigno.

Sono invece più confuse le idee circa il luogo ove origina il fibrinogeno, e si può dire che quasi tutti i tessuti dell'organismo sono stati chiamati in causa.

Foster e Whipple (rif. in *The Jour. of Am. Med. Ass.*, agosto 1925) hanno dimostrato che il fibrinogeno è molto labile, e che le sue variazioni sono in rapporto a vari stimoli. Qualsiasi lesione di tessuto, come pure qualsiasi processo flogistico provoca infatti un pronto e notevole aumento del fibrinogeno e della fibrina. A ciò fanno eccezione le lesioni estese del fegato, specie quelle da intossicazione da fosforo e da cloroformio. In tali casi si assiste ad una rapida diminuzione del tasso di fibrina nel sangue, mentre invece una lesione epatica di lieve entità ne provoca l'aumento alla stessa guisa delle lesioni degli altri tessuti.

Gli AA. emettono dunque l'ipotesi che il fegato rappresenti la sorgente più notevole del fibrinogeno, pur coesistendone dei depositi di minor importanza in certi altri tessuti del corpo.

In ogni modo il tasso normale di fibrinogeno nel sangue non è grande, ammontando a 250-500 mgr. per ogni 100 cmc.

M. FABERI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BAJLA EUGENIO. *Propaganda antialcoolista nelle Scuole elementari di Milano.* — Milano, A. Tordani, 1924.

BALDASSARRE T. *I metodi Truc ed Angelucci modificati per la cura dell'ectropion ex vacuo.* — Firenze, Tip. Sordomuti, 1924.

ID. *Elogio della spatola.* — Firenze, Tip. Sordomuti, 1924.

ID. *Contributo all'Ophtalmomgiasis.* — Firenze, Tip. Sordomuti, 1924.

ID. *L'Antitracomatoso Sculco.* — Napoli, Tip. Ed. «Tocco», 1924.

BILANCIONI G. e FUMAROLA G. *Emissione di una notevole quantità di liquor da una fistola ossea retro-auricolare, in una bambina già operata di mastoidite.* — Roma, Tip. Regionale, 1924.

BOIDI TERESIO. *Un caso di meningite cerebro-spinale epidemica.* — Roma, Poligrafico, 1924.

BOSCHI GAETANO. *Patogenesi e psicogenesi dell'isterismo.* — Ferrara, Industrie Grafiche Italiane, 1924.

BRAVETTA EUGENIO. *Sul valore della reazione istochimica del ferro per la diagnosi rapida di paralisi progressiva.* — Pavia, Tip. Cooperativa, 1924.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Norme per la produzione e il commercio delle specialità medicinali.

La Gazzetta Ufficiale *del 16 ottobre, n. 241, ha pubblicato il decreto-legge 7 agosto 1925, numero 1732, concernente la produzione e il commercio delle specialità medicinali.*

Crediamo opportuno pubblicare integralmente questo decreto importantissimo che tende ad una finalità di pubblico interesse e di probità largamente e da tempo sentita. Sarà certamente più arduo e delicato il compito dell'applicazione concreta, la quale richiede funzione collegiale, competenza tecnica, altissima e scrupolosa rettitudine, saggezza e obbiettività di giudizio: condizioni e qualità che certamente non difetteranno.

Art. 1. — Nessuna officina di prodotti terapeutici può produrre, a scopo di vendita, specialità medicinali, senza l'autorizzazione del Ministero dell'Interno.

È vietato il cumulo nella stessa persona della direzione tecnica di più officine di tali prodotti.

È vietato, altresì, il cumulo della direzione di una farmacia con la direzione di una officina di prodotti terapeutici, a meno che questa sia di proprietà del farmacista ed in diretta comunicazione con la farmacia.

Art. 2. — Nessuna specialità medicinale può essere messa in commercio senza una speciale registrazione da parte del Ministero dell'Interno.

La registrazione può essere concessa anche per determinate serie e categorie di specialità.

Prima di concedere tale registrazione il Ministero ha facoltà di sottoporre ogni specialità ad un esame diretto ad accertare:

a) se essa abbia una composizione qualitativa e quantitativa corrispondente a quella denunziata;

b) se i prodotti componenti la specialità abbiano i necessari requisiti di purezza;

c) se la specialità abbia indicazioni terapeutiche corrispondenti alla reale composizione del prodotto.

Lo Stato non assume, per il fatto della registrazione, alcuna responsabilità.

Art. 3. — Non possono in nessun caso essere registrate specialità che vantino:

a) proprietà ed effetti contrari, in qualsiasi modo, alla morale ed al buon costume;

b) virtù terapeutiche speciali per quelle infermità che saranno determinate dal regolamento.

Art. 4. — L'autorizzazione alla produzione di specialità medicinali e la concessione della registrazione di cui ai precedenti articoli, sono soggette a revoca, nei casi e nei modi determinati dal regolamento.

Art. 5. — Le specialità medicinali già registrate, che venissero successivamente variate nella loro composizione, devono ottenere una nuova registrazione da parte del Ministero dell'Interno.

Art. 6. — Le specialità medicinali, provenienti dall'estero, già pronte e confezionate per l'uso non possono essere poste in commercio senza la preventiva registrazione del Ministero dell'Interno.

A tali specialità sono estese, per quanto applicabili, le disposizioni del presente decreto.

Art. 7. — Il Governo del Re può stipulare speciali convenzioni con Stati esteri per il reciproco commercio dei prodotti contemplati dal presente decreto.

Art. 8. — I produttori e commercianti di specialità medicinali che mettono in commercio specialità non registrate, o specialità delle quali sia stata revocata la registrazione, sono puniti con la detenzione fino a tre mesi e con la multa da L. 1000 a L. 5000.

A tali pene sono aggiunte la chiusura fino a tre mesi della officina in cui sia stata prodotta la specialità, e la confisca della specialità stessa.

In caso di recidiva la pena è della detenzione da uno a sei mesi e della multa da L. 2000 a L. 10,000, oltre la confisca della specialità e la chiusura dell'officina per un periodo da tre mesi ad un anno.

Contemporaneamente alla denunzia all'autorità giudiziaria ed in attesa dell'esito del giudizio, il Ministero dell'interno provvede pel sequestro della specialità medesima ovunque si trovi.

Il Ministero stesso può inoltre, quando concorrano gravi motivi e sempre in attesa dell'esito del giudizio, disporre la immediata chiusura dell'officina nella quale sia stata prodotta la specialità non registrata, o della quale sia stata revocata la registrazione.

Art. 9. — Il farmacista che abbia messo in vendita o che detenga per vendere, specialità medicinali non registrate, o specialità delle quali sia stata revocata la registrazione, è punito con la ammenda da L. 1000 a L. 6000, e con la sospensione dall'esercizio professionale fino ad un mese. In caso di recidiva, la pena è dell'arresto da uno a tre mesi, della ammenda da L. 2000 a L. 6000, e dalla sospensione dall'esercizio professionale per un periodo da uno a tre mesi.

Indipendentemente poi dall'azione penale, il Prefetto può provvedere con un suo decreto alla chiusura della farmacia per un periodo di tempo dai 15 ai 30 giorni.

In caso di recidiva, pronunzia la decadenza dall'esercizio della farmacia a termini dell'art. 11, lettera *f*), della legge 22 maggio 1913, n. 468.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

Contro i provvedimenti del Prefetto è ammesso, nei 15 giorni dalla relativa notificazione, ricorso al Ministero dell'Interno, che decide definitivamente.

Art. 10. — Le condizioni necessarie ad ottenere l'autorizzazione alla produzione di specialità medicinali e le modalità con le quali possono essere registrate e messe in commercio anche per quanto si riferisce al prezzo di vendita le specialità medicinali nazionali ed estere saranno determinate dal regolamento.

Il regolamento stabilirà anche i prodotti che, a termini dell'art. 18 della legge 22 maggio 1913, n. 468, devono considerarsi come specialità medicinali, e le limitazioni che possono essere apposte alla pubblicità, sotto qualsiasi forma, relativa al commercio di esse.

Art. 11. — È fatto obbligo ai farmacisti di tenere in farmacia, in modo ostensibile al pubblico, un elenco ufficiale delle specialità medicinali registrate dal Ministero.

I contravventori sono puniti con l'ammenda da L. 500 a L. 1000.

Art. 12. — I prodotti opoterapici, i fermenti solubili od organizzati ed in genere tutti i prodotti biologici ed affini sono, d'ora in avanti, soggetti alle disposizioni di cui alla legge 21 dicembre 1899, n. 472 (articoli 132-135 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636), ed al relativo regolamento.

A tali prodotti ed ai vaccini virus sieri, tossine e prodotti affini contemplati dalla legge predetta sono applicabili le disposizioni del presente decreto, in quanto non contrastino con le norme in vigore.

Il regolamento per l'esecuzione del presente decreto provvederà a determinare le speciali norme alle quali saranno sottoposti i prodotti anzidetti.

Art. 13. — Le officine di produzione di specialità medicinali esistenti alla data dell'entrata in vigore del presente decreto, che intendono continuare nella produzione medesima, devono ottenere, entro il termine massimo di un anno dalla pubblicazione del regolamento, l'autorizzazione di cui al precedente art. 1.

Art. 14. — Le specialità medicinali nazionali ed estere esistenti in commercio alla data dell'entrata in vigore del presente decreto devono, nel termine di un anno dalla pubblicazione del regolamento relativo, essere regolarizzate ai sensi delle precedenti disposizioni.

Art. 15. — È riservata in ogni caso al Governo del Re la facoltà di stipulare, per le specialità estere speciali convenzioni, a norma del precedente art. 7.

Art. 16. — I produttori di specialità medicinali sono tenuti al pagamento delle tasse di concessione di cui all'annessa tabella *A*.

La riscossione di tali tasse seguirà con le forme e con i mezzi che saranno stabiliti dal regolamento.

Art. 17. — Il Governo del Re è autorizzato a disporre le variazioni necessarie:

a) nello stato di previsione delle entrate per i proventi di cui all'art. 16 del presente decreto;

b) nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'interno per far fronte:

1° alla maggiore spesa di L. 50,000 per il servizio di ispezione delle farmacie e delle officine di prodotti chimici, prescritto dagli articoli 63 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907, n. 636; 19 della legge 22 maggio 1913, numero 468, e 53 del regolamento 13 luglio 1914, n. 829;

2° alle spese occorrenti per la esecuzione del presente decreto mediante la istituzione di apposito capitolo di L. 100,000 nello stato di previsione della spesa anzidetta.

Art. 18. — Il ruolo dei medici e quello del laboratorio di chimica, di cui alla tabella n. 42 del personale dell'Amministrazione della sanità pubblica, contenuta nell'allegato II al R. decreto 11 novembre 1923, n. 2395, sono modificati, il primo nel grado 10° ed il secondo nei gradi 7° e 9° in conformità della annessa tabella *B*.

Art. 19. — Sono abrogate tutte le disposizioni vigenti contrarie al presente decreto.

Art. 20. — Il Governo del Re, entro tre mesi dalla pubblicazione del presente decreto, provvederà ad emanare il regolamento per la sua esecuzione.

Art. 21. — Il presente decreto sarà sottoposto al Parlamento per essere convertito in legge.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXXIV. — Licenziamento anticipato.

Può il Comune deliberare il licenziamento per fine del periodo di prova con notevole anticipazione dal termine normale stabilito? Il quesito che qui si pone non riguarda il caso del licenziamento così detto *in tronco*, per motivi d'ordine amministrativo o disciplinari, cioè con effetti immediati che risolvano il rapporto d'impiego prima del biennio. Questa ipotesi di licenziamento è regolata da altre norme: cioè, è un vero e proprio licenziamento motivato, per il quale occorre contestare gli addebiti e rispettare il diritto di difesa. Il quesito proposto riguarda, invece, il licenziamento con effetti dalla data del compimento del periodo di prova ma deliberato prima di tre mesi dal compimento del biennio. Noi abbiamo sempre ritenuto che il periodo di prova sia stabilito nell'interesse del servizio e anche per dar modo e tempo al medico di esplicare tutte le sue capacità e di offrire all'amministrazione comunale elementi positivi e completi per un giudizio esatto su base sufficiente. Da questo criterio abbiamo tratto la conseguenza che l'amministrazione non può ridurre, sia pure con forma indiretta, la durata della prova. Se per es. l'amministrazione comunale delibera il licenziamento con anticipazione di sei, sette mesi dal compimento del

biennio, fonda il suo giudizio su elementi incompleti in confronto di quelli che la legge ha considerato necessari e sufficienti e sottrae al medico la possibilità di dar prova completa della sua capacità e delle sue attitudini.

Questo caso è stato nettamente risoluto dalla V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 13 febbraio 1925 n. 98, la quale ha stabilito che l'amministrazione, licenziando prima della scadenza del biennio, non può ridurre notevolmente il periodo di prova senza eludere gli scopi della legge ed incorrere in eccesso di potere, poichè il periodo di prova è fissato in un congruo termine per dar modo all'impiegato di manifestare nell'esercizio del proprio ufficio le sue qualità e attitudini professionali e all'amministrazione di apprezzare con sicura cognizione di causa l'opera dell'impiegato prima che egli acquisti la stabilità. È notevole che nel caso deciso il licenziamento fu deliberato cinque mesi prima del biennio, cioè con anticipazione di due mesi sul termine minimo normale. Questa risoluzione è certamente assai importante.

LXXV. — Effetti della notificazione tardiva del licenziamento per fine del periodo di prova.

La deliberazione di dimissione del medico condotto per la fine del periodo di prova deve essere non soltanto adottata ma anche notificata almeno tre mesi prima della scadenza del biennio, poichè, se si seguisse un diverso criterio, perderebbe ogni efficacia il preavviso che è stabilito dalla legge per dar modo al medico di procurarsi altra condotta. Questa risoluzione della V Sezione del Consiglio di Stato, risultante dalla sentenza 13 febbraio 1925 n. 98, richiede qualche delucidazione.

La sentenza stessa rileva che il principio suddetto è stato costantemente seguito dalla giurisprudenza a proposito del licenziamento per fine del periodo di prova dei segretari comunali (parere adunanza generale 27 gennaio 1914; decisione IV Sezione 29 dicembre 1916) e che ragioni di evidente analogia consigliano di estenderlo anche al licenziamento per fine del periodo di prova dei medici condotti. Infatti, con sentenza 6 marzo 1925 n. 129, la V Sezione del Consiglio di Stato, giudicando del licenziamento di un segretario comunale, ha detto, confermando la sua giurisprudenza, che la deliberazione di dimissione per fine di prova deve essere non solo adottata ma anche notificata all'interessato prima del termine di preavviso, perchè altrimenti questo perderebbe ogni efficacia.

Rimane però da chiarire un punto importante, anche in considerazione della precedente giurisprudenza della IV Sezione del Consiglio di Stato a proposito del licenziamento dei medici condotti: se la deliberazione sia approvata nel termine di tre mesi ma sia notificata dopo, si deve ritenere che essa sia illegittima e quindi nulla e per ciò invalida a risolvere il rapporto d'impiego o si deve invece ritenere che la deliberazione approvata nel termine di legge sia *per sè stessa* valida, ma il fatto della notificazione eseguita in ritardo costituisca fonte di danno sicchè il Comune sia tenuto a risarcire le conseguenze che dal ritardo sono derivate? La questione è fortemente discutibile. La decisione 13 febbraio 1925 n. 98, che riguarda i medici condotti, non la risolve. Un accenno, invece, si trova nell'altra decisione 6 marzo 1925 n. 129 a proposito dei segretari comunali, nella quale è detto che, se la deliberazione è notificata oltre il termine, deve essere annullata. Ma io ritengo che questo punto controverso richieda una ulteriore delucidazione, tanto più che precedenti decisioni della IV Sezione hanno ritenuto valido il licenziamento deliberato prima ma notificato dopo il termine stabilito.

Io inclino a ritenere che, verificandosi la ipotesi sopra esaminata, non si possa considerare illegittima la manifestazione di volontà del Consiglio diretta a risolvere il rapporto di impiego per fine del periodo di prova e che perciò, se la deliberazione sia notificata dopo il termine stabilito dalla legge, essa produca tuttavia l'effetto del licenziamento, sicchè il medico non acquista la stabilità. Ma ritengo che il *ritardo* della notificazione sia fonte di danno e il Comune sia obbligato a risarcire tutte le conseguenze che dal ritardo siano derivate al medico sia per trovare altro posto, sia eventualmente per non aver egli assunto quell'impiego che, se la deliberazione gli fosse stata notificata tempestivamente, avrebbe potuto assumere.

La questione è discutibile e forse anche in giurisprudenza avrà ulteriore sviluppo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Assistente. L. 4000 lorde, vitto, alloggio nell'Istituto; c.-v. in L. 600 lorde. Età non superiore ai 35 a. Nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria.

BAGNI DELLA PORRETTA (*Bologna*). *Ospedale Costa.* — A tutto il 10 dic., direttore. Docum. a 3 mesi dal 10 nov. Tassa L. 50.10 alla Cong. di Car. L. 7500, casa con giardino, a cominciare dal 1° dicembre 1927, 60-70 % onorarî; pratica in chirurgia e radioterapia. Verrà nominato un aiuto medico. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio d'Amm.

BORGORICO (*Padova*). — Concorso posto medico. Stip. L. 9000. Caro-viveri secondo regolamento. Indenn. caval. L. 3000. Rimborso ambul. L. 840. Conduzione L. 600. Docum. di rito. Scad. 30 nov.

BOZZOLO (*Mantova*). — Scad. 15 dic. 1ª condotta; richiesta di speciali titoli di pratica chirurgica. Stip. L. 9000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. come per statali; L. 800 bicicl., L. 1500 serv. ospedal.; L. 2500 quale chirurgo dell'ospedale. Età massima a. 40. Situazione famiglia. Tassa L. 50.10. Chiedere avviso al sindaco.

BRESCIA. — *Spedali civili.* — Sei posti di medico assistente; vedi fasc. 45. Scad. 30 nov.

CAMPOTOSTO (*Aquila*). — Al 30 nov.; L. 10.500 e 1 c.-v., oltre L. 3000 cav., L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 sett.

CARLINO (*Udine*). — Scad. 30 nov.; L. 10.000 oltre L. 1000 trasp., L. 600 serv. attivo, L. 900 uff. san. Tassa L. 50.10.

FORLÌ. — Ufficiale sanitario. Vedi fasc. 46. Scadenza 30 nov.

GARGNANO (*Brescia*). — Ab. 1260 di cui 200 pov.; L. 10,000 e 6 quinq. decimo; trasp. L. 2000; c.-v. Scad. 30 nov. Lago di Garda.

GENOVA. *Clinica medica delle malattie polmonari* (diretta dal prof. E. Maragliano). — Nei padiglioni speciali del nuovo Ospedale di S. Martino d'Albaro sono disponibili sei posti di medico praticante durante l'anno scolastico 1925-1926. Gli aspiranti dovranno fare domanda in carta semplice indirizzata al sen. prof. Edoardo Maragliano, Genova. Non si richiedono requisiti speciali negli aspiranti. Dell'ufficio prestato sarà, alla fine dell'anno scolastico, rilasciato regolare diploma. Le domande dovranno essere presentate non più tardi del 10 dicembre prossimo.

JESI (*Perugia*). — Ufficiale sanitario; L. 12.000 aumentabili a L. 18.000 oltre indennità c.-v. e diritti di visite e certificati. Esami, soliti requisiti. Età non superiore a 35 a. Richiedere il manifesto al comune.

MIRANO VENETO (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Medico primario. Scad. ore 18 del 5 dic. Età mass. 45 a. Tassa L. 50.10. Biennio di assistentato effettivo in Ospedale di primaria import. L. 8000 e 3 sessenni dec. Nomina biennale. Serv. entro 15 g.

NAPOLI. *R. Accademia di Belle Arti e Liceo Artistico.* — Professore di anatomia. Docum. al Ministero della P. I. (Direz. Gener. per le Antichità e le Belle Arti). Scad. 30 dic.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — Vedi fasc. 46. Scadenza 30 nov.

PIOMBINO (*Pisa*). — Ufficiale sanitario. Vedi fascicolo 46. Scad. 20 dic.

PONZANO DI FERMO (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 nov. Vedi fasc. 46.

PRATA (*Avellino*). — Scad. 30 nov.; L. 6500 (*sic*) oltre L. 1000 se uff. san. Tassa L. 50.

ROCCADEBALDI (*Cuneo*). — Scad. 30 nov.; L. 8000 oltre L. 2000 mezzo trasp. e L. 600 uff. san. Chiedere annunzio.

ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Al 28 dic.; v. fasc. 46.

ROVIGO. *Ospedale Civile.* — Dirigente il servizio di Radiologia e Terapia fisica. Servizio 1° gen. Chiedere annunzio. Stip. L. 7000 e 50 % tassazioni. Scad. ore 18 del 10 dic. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Documenti a un mese dal 7 nov.

SAN DEMETRIO NEI VESTINI (*Aquila*). — Vedi fascicolo 46. Scad. 30 nov.

S. PAOLO DI CIVITATE (*Foggia*). — A 30 giorni dal 6 nov.; L. 9000; età lim. 39 a.; serv. entro 15 giorni.

TORINO. *Ospedale Maria Vittoria* (via Cibrario 72). — Assistente esterno e assistente interno della Sezione di Ostetricia e della Guardia Ostetrica esterna. Presso la Segreteria sono visibili il programma del conc., lo statuto ed il regolam. dell'osp. Scad. ore 17 del 30 nov.

VILLA S. LUCIA (*Caserta*). — Al 30 nov.; vedi fasc. 46.

CONCORSI A PREMI.

Premio Gradenigo.

E' bandito un concorso con premio di L. 3000 istituito dalla Cassa di Risparmio di Venezia in occasione del XXII Congresso della Società italiana di otologia, rinologia e laringologia, per un lavoro originale sulla « Profilassi della tubercolosi laringea ». Il lavoro non deve superare le 32 pagine di stampa formato in-8° e deve essere redatto in forma piana così da riuscire facilmente accessibile al pubblico degli opifici, delle fabbriche e degli operai in genere, ai quali è principalmente diretto. Potrà essere illustrato da figure e grafici. Possono concorrere tutti i medici chirurghi regnicoli, ad eccezione dei membri della presidenza della Società. Scad. 30 giugno 1926, ore 24. Il lavoro deve essere dattilografato e inviato al presidente della Società prof. Giuseppe Gradenigo, via G. Sanfelice 33, Napoli. Norme solite.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Mazzoni.

Premio annuale della Fondazione Mazzoni, consistente nella rendita del capitale di L. 50,000, per neolaureati della Facoltà di Roma. Scad. ore 12 del 31 lug. 1926. Chiedere condizioni al rettorato.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Durante il recente Congresso di oftalmologia tenutosi in Roma, in seguito al giudizio delle apposite Commissioni, l'assemblea degli oftalmologi ha assegnato i premi annuali.

Il premio internazionale Cirincione di L. 20,000 non è stato aggiudicato; al dott. Ch. Dejan di Montpellier è stata assegnata la grande medaglia d'oro per il suo lavoro *Studio anatomico ed embriologico sulla membrana jaloide nell'occhio dei mammiferi*.

Il premio nazionale Cidonio di L. 7000 è stato assegnato al prof. Donato Cattaneo, aiuto della Clinica oculistica di Roma, per la memoria che ha per titolo *La tubercolosi della coroide; studio clinico anatomico patogenico.*

Il premio dell'Anatomia dell'occhio venne assegnato, come già annunziammo, al prof. Riccardo Versari, direttore dell'Istituto di Anatomia Umana Normale dell'Università di Roma per i suoi importanti lavori *Sulla morfogenesi dei vasi sanguiferi dell'occhio umano.*

Il premio Colangeli di L. 1000 per un oftalmologo non ancora trentenne è stato dato al dottor Francesco Scullica, assistente della Clinica oculistica di Sassari, il quale presentò al Congresso il lavoro *Fondamento anatomico del reperto perimetrico della macchia cieca dell'occhio umano.*

La Commissione per il premio « Annali di oftalmologia e clinica oculistica » ha ritenuto degno del premio il dott. Giuseppe Favaloro, aiuto della Clinica oculistica di Catania, per il suo lavoro clinico-sperimentale *Sul glaucoma traumatico.*

Il prof. P. L. Bosellini, direttore della Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma, è nominato socio della Sociedad Dermatológica Argentina.

Hanno conseguito la libera docenza in patologia speciale medica i dottori Enrico Trenti, aiuto della R. Clinica medica di Roma, e Antonio Sebastiani, aiuto degli Ospedali di Roma, Carlo Gamna, Prospero Mino e Piero Girardi di Torino, Adriano Ceresoli di Milano, Giuseppe Marcialis di Sassari, L. Riccitelli di Perugia.

La Commissione era composta dei proff. Ceconi, Boeri e M. Ascoli.

Rallegramenti cordiali ai neo-professori, quasi tutti nostri amici e collaboratori.

Il prof. H. Vincent, già capo del Servizio medico militare in Francia, è nominato commendatore dell'Ordine della Corona del Belgio, in riconoscimento dei meriti acquistati introducendo in questo paese la vaccinazione antitifica.

Com'è noto, il Vincent è uno dei più valenti scienziati francesi; a lui vanno riconosciuti molti altri meriti oltre quello che gli ha fatto assegnare l'attuale onorificenza.

Erratum. Nella notizia sulle onoranze a M. Bufalini, comparsa sul fasc. 44, pag. 1553, leggere 20 dicembre.

NOTIZIE DIVERSE.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Primo Gruppo: I seguenti corsi vengono tenuti per la durata di un semestre. L'iscrizione dà diritto però alla frequenza per un solo trimestre; essa può aver luogo al 1° e 15 di ogni mese, ma non oltre il 1° marzo 1926.

Medicina generale (1° dicembre-31 maggio): Proff. Lugli, Arcangeli, Carducci, Milani, Ficacci. — *Chirurgia generale* (1° dicembre-31 maggio): Proff. De Fabi e Egidi.

Secondo Gruppo: I seguenti corsi hanno la durata per ciascuno a fianco indicata. L'iscrizione non può aver luogo oltre la data di inizio dei corsi stessi.

Medicina generale: Proff. Ciuffini e Sforza (semeiotica e tecnica medica). — *Chirurgia generale*: Proff. Antonucci (visita e operazioni, specialmente chirurgia del torace) e Margarucci (ambulatorio e operazioni). — *Chirurgia dei bambini e ortopedia*: Prof. P. Ferraresi. — *Anatomia e istologia patologica-tecnica delle autopsie*: Prof. Nazari. — *Dermatologia e sifilografia (Le lesioni cutanee in rapporto alle alterazioni degli organi interni)*: Prof. Pediconi. — *Diagnostica della tubercolosi polmonare e glandolare (Tecnica del pneumotorace terapeutico)*: Prof. Laurenti e dott. Lupi. — *Diagnostica e tecnica delle malattie nervose (Tecnica dell'elettrodiagnostica ed elettroterapia)*: Prof. Panegrossi. — *Esercizi di semeiotica medica (per studenti)*: Prof. Alessandrini e dottori Gigante e Frattali. — *Lezioni cliniche sulle malattie dell'apparato circolatorio*: Prof. Galli. — *Lezioni di semeiotica e clinica sulle malattie del cuore e dei vasi (con dimostrazioni di tecnica dei moderni mezzi di indagine)*: Proff. Bastianelli G. e A. Sebastiani. — *Medicina operatoria*: Prof. Montenovesi. — *Oculistica e tecnica oftalmoscopica*: Prof. Puccioni. — *Otorinolaringolatria*: Prof. Geronzi. — *Ostetricia-ginecologia*: Prof. Micheli (ambulatorio, visita e operazioni). — *Pronto soccorso chirurgico (lezioni teorico-pratiche con esercizi di medicina operatoria)*: Prof. De Fabi e dottori D'Avack e Fioretti. — *Patologia clinica dell'apparato digerente (per soli medici)*: Prof. Alessandrini. — *Pediatria*: Proff. Mancini e Valagussa. — *Radiologia*: Proff. Esdra e Saraceni. — *Tecnica della cistoscopia e diagnostica urologica*: Prof. Raimoldi. — *Tecnica delle perizie medico-legali*: Prof. Ascarelli. — *Tecnica di laboratorio*: Dottori Petacci, De Sanctis e Zanon.

Potranno frequentare tutti i corsi, salvo le indicate eccezioni, i medici e gli studenti del 6° anno di medicina. Gli studenti del 5° anno potranno frequentare i soli corsi di medicina e chirurgia generale.

Per essere ammessi alla scuola occorre farne domanda al Presidente, specificando il corso che si vuol frequentare. Tassa di iscrizione per ogni corso: L. 60 per i medici e L. 30 per gli studenti. Per i corsi di Anatomia patologica, Tecnica di

laboratorio e Tecnica delle perizie medico-legali è dovuta una sopratassa di L. 25, tanto per i medici che per gli studenti. Tale sopratassa dovrà esser pagata anche dai soci dell'Associazione Medici Ospitalieri. Le tasse pagate non saranno rimborsabili per nessuna ragione.

Il numero delle iscrizioni sarà per molti corsi limitato.

Ai medici condotti residenti fuori di Roma sarà lecito frequentare i corsi suddetti per un periodo anche minore di quello stabilito, mai però per meno di 30 giorni. Essi dovranno accompagnare la domanda con un certificato del Sindaco che dichiari la loro qualità di medici condotti in attività di servizio. Per i medici condotti verrà però tenuto in primavera o estate un corso speciale. Non è permessa l'iscrizione a più corsi aventi fra loro incompatibilità di orario. Non è consentita l'iscrizione a medici opitalieri in attività di servizio. È assolutamente necessario che ogni iscritto ritiri la tessera. La frequenza è obbligatoria.

Alla fine di ogni corso, a chi lo richiegga e lo meriti, ed esibisca la tessera munita della firma dell'insegnante, verrà rilasciato un certificato di frequenza, contro il pagamento di una tassa di L. 20.

La Segreteria è aperta tutti i giorni feriali dalle ore 8 alle 12. (Policlinico Umberto I).

Rivolgersi ad essa per maggiori informazioni e per gli orari.

Perfezionamento in pediatria.

Nella Scuola di perfezionamento in Clinica pediatrica presso l'Università di Firenze il corso biennale 1925-27, comprendente lezioni, esercitazioni e colloqui, viene impartito dai proff. C. Combe, L. Castaldi, G. Rossi, G. Coronedi e P. Palagi. Alla fine del primo anno è obbligatorio l'esame di profitto. Il diploma darà diritto alla qualifica di specialista. Tasse complessive L. 1037.75, pagabili alla segreteria dell'Università (piazza S. Marco). Documenti alla segreteria della Facoltà medica (via degli Alfani 33).

Perfezionamento in odontologia.

In conseguenza del ritardo avvenuto per gli esami di Stato per la professione di medico-chirurgo, la R. Università di Milano ha protratto il termine per la iscrizione al corso annuale di perfezionamento in odontoiatria e protesi dentale a tutto il 30 novembre p. v.

L'ampliamento dell'Ospizio marino di Ostia.

Il Governatore di Roma sen. Cremonesi, nella ricorrenza del genetliaco del Re, ha invitato molte autorità e notabilità cittadine e moltissimi filantropi ad Ostia, per mostrare loro, sul posto, il progetto del grande ampliamento dell'Ospizio Marino, che sarà dedicato a ricordare il giubileo reale.

Il progetto è stato svolto dall'architetto Fasolo sui consigli tecnici dell'Ufficio municipale d'igiene.

Intervennero il segretario generale degli Ospedali comm. Mancini, il prof. Ascoli e il dott. Mariotti della Lega Antitubercolare, i rappresentanti della Direzione di Sanità e del prefetto, il comm. Cruciani-Alibrandi per gli Ospizi Marini di Anzio, l'ufficiale sanitario prof. Pecori, molte suore della Carità, ad alcune delle quali è affidata la vigilanza dell'Ospizio di Ostia, i rappresentanti dei principali giornali di Roma, molte gentili signore e signorine.

Il Governatore di Roma pronunciò acconcie parole di circostanza.

L'Ospizio sarà capace di un numero di posti non inferiore a 300, destinati a fanciulli di povera condizione, predisposti alla tubercolosi, dai 5 ai 12 anni di età, o affetti da malattie tubercolari, esclusa qualsiasi manifestazione che presenti carattere contagioso.

L'ampliamento comprenderà la costruzione di nuovi padiglioni e di un fabbricato per tutti i servizi accessori, nonchè la sopraelevazione dell'edificio.

L'esecuzione di tutte le nuove opere e l'arredamento relativo importeranno una spesa presuntiva di circa 4 milioni; mentre l'onere generale di esercizio si prevede nella somma approssimativa di 750 mila lire annue. Cospicue offerte sono già pervenute.

Scuola di puericoltura.

Sono aperte le iscrizioni al Corso 1925-26 della Scuola di Puericultura presso il Brefotrofio di Roma, per l'insegnamento teorico-pratico delle norme di assistenza all'infanzia.

L'insegnamento teorico è costituito da un corso di lezioni che saranno impartite nell'Istituto; l'insegnamento pratico è basato sulla assistenza diretta dei piccoli bambini ricoverati nel Brefotrofio. Le allieve devono per turno prestare l'opera loro di assistenza (bagni, preparazione e somministrazione del vitto e dei medicinali, pulizia dei bambini, ecc.).

Per informazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto (via Nicola Fabrizi, 1).

Congresso nazionale veterinario.

Si è tenuto a Napoli ai primi di novembre il Congresso del Sindacato Nazionale Veterinario sotto la presidenza del dott. Fioretti, segretario generale della Corporazione Sanitaria.

Indennità corrisposte dalla Cassa Nazionale Infortuni.

Durante i primi otto mesi del corrente anno (42° del suo esercizio) la Cassa Nazionale di Assicurazione per gli infortuni sul lavoro col tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi ed Agenzie) distribuiti per tutto il Regno, ha compiuto, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per le assicurazioni degli infortuni nelle industrie ha emesso 66,864 nuove polizze assicuranti altri 824,051 operai; ha ricevuto 123,634 denunzie d'infortunio ed ha pagato L. 49,039,072.91 di indennità per 109,205 casi, di cui 400 di morte e 6127 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denunzia di 34,705 infortuni ed ha pagato L. 11,571,710.88 di inden-

nità per 26,870 casi, di cui 526 di morte e 2779 di inabilità permanente.

In totale nei primi otto mesi del corrente anno la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denunzia di 158,339 casi di infortunio ed ha pagato L. 60,610,783.79 di indennità.

Per l'igiene degli alloggi in Roma.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici in vista delle continue sopraelevazioni di piani sulle vecchie case della città, sopraelevazioni che a volte rendono malsani i piani inferiori per l'angustia dei cortili interclusi, nei quali non circola l'aria sufficiente e scarseggia la luce che è tolta anche alle case circostanti, fa voti che S. E. il Governatore di Roma limiti il permesso delle sopraelevazioni a quei casi nei quali le norme principali dell'igiene siano rispettate e la salute dei cittadini non danneggiata.

E richiama anche l'attenzione di S. E. il Governatore sulle disposizioni dell'attuale regolamento edilizio relativamente alla ridotta ampiezza dei cortili in alcune delle nuove costruzioni facendo presente il danno che può derivarne alla salute pubblica per i motivi sopra specificati.

Per il prof. Mac Alister.

Si è costituito a Londra un Comitato per onorare sir John Mac Alister, che da 38 anni tiene la segreteria della Reale Società di Medicina e che ha saputo compiere l'opera grandiosa di fondere, in questa, 18 Società Mediche. Si è deciso di collocarne un ritratto od un busto nei locali sociali.

Esercizio dei medici stranieri in Spagna.

Un decreto inserito nella « Gaceta » del 23 settembre stabilisce norme restrittive per l'esercizio dei medici stranieri in Spagna. Tra l'altro, è fatto l'obbligo della nazionalizzazione, salvo per i cittadini di paesi nei quali non si richiede lo stesso requisito agli spagnoli; è fatto l'obbligo degli esami, salvo che il titolo di medico non sia stato conseguito in un paese di lingua spagnola che conceda la reciprocità in base a trattati.

Il prof. Bier di fronte all'omeopatia.

Il prof. Augusto Bier ha pubblicato sulla « Münch. Med. Woch. », un articolo in cui dichiara che uno studio diligente delle opere di Hanemann e di altri omeopatici lo ha convinto come vi siano in esse buoni elementi utilizzabili in terapia e ha convalidato questo assunto con osservazioni proprie sulla cura della foruncolosi mediante minime quantità di zolfo e della bronchite consecutiva all'eterizzazione mediante piccole quantità di etere. Gli omeopatici hanno valorizzato subito l'articolo, il quale ha destato vive discussioni nel campo medico, culminate in una seduta promossa dalla « Verein für innere Medizin » di Berlino, nella quale interloquirono i proff. E. Müller di Marburgo e W. Heubner di Gottinga; rispose il Bier, insistendo sui dati che aveva già pubblicato; ma convinse poco.

Un quotidiano americano che aveva bandito la pubblicità ciarlatanesca.

Il « Journal A. M. A. » dà notizia della morte di Victor F. Lawson, editore del *Daily News* di Chicago; egli aveva bandito dal suo giornale annunzi e articoli fraudolenti su prodotti e procedimenti terapeutici; procedeva di perfetta intesa con l'Associazione Medica Americana. In lui hanno perduto uno dei migliori rappresentanti il giornalismo nord-americano e la causa della salute pubblica.

Sono morti di recente i dottori: A. BILHARZ, scopritore della « Bilharzia haematobia »; A. RÉMY, inventore del diploscopio; J. BREUER, primo ideatore della psicanalisi; J. A. FORDYCE, professore di dermatologia e sifilografia all'Università Columbia di New York; H. LIEPMANN, id. di psichiatria e neurologia a Berlino; F. RANWEZ, id. di farmacologia a Lovanio; O. DE LA CAMP, id. di medicina interna a Friburgo; E. J. McWEENCY, id. di patologia e batteriologia a Dublino; H. CORBY, id. di ostetricia e ginecologia a Cork; E. POTTERAT, id. di ginecologia a Parigi; A. J. BRETON, id. d'igiene a Lilla; H. DRUMMOND, presidente del Collegio medico dell'Università di Durham; F. HENRICH, vittima di un contagio.

Ha chiuso serenamente l'operosa sua vita il dott. GIUSEPPE MORICCA, da Cinquefrondi (Reggio Cal.), i cui 85 anni spese nello scrupoloso e integro dovere di professionista valoroso, d'impareggiabile padre di famiglia, di cittadino illibato.

S.

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 1 giu. — H. A. SPENCER. Profilassi della malaria.

Pediatria (Arch.), 1. — G. DI CRISTINA e G. CARONIA. Etiopatogenesi della scarlatt. — D. CAFFARENA. Pluralità degli antigeni nella r. W. dell'eredolue. — M. GERBASI. Variabilità degli stipiti del b. di Eberth.

Ann. di Oftalmol., ecc., 5-6. — D. D'AMICO. La siderosi del globo. — D. CATTANEO. Teratomi cistici dell'orbita. — D. LO RUSSO. «Retinite puntata albescente». — A. FILETI. Carcinoma della coroide.

Riforma Med., 11 mag. — L. TOMMASI. Prolusione. — E. LIBEROPOULO. Chimismo gastrico.

Gaz. d. Hôp., 13 giu. — J.-R. HENRY e A. RATHELOT. Il problema della sensibilità ostetr.

Evolut. Méd.-Chir., apr. — Numero sul gozzo esoftalm.

Giorn. Clin. Med., 10 giu. — D. CAMPANACCI. Trattam. tiroidinico delle nefrosi.

Journ. d. Prat., 6 giu. — CHAUFFARD. Trattam. delle dilatazioni bronchiali.

Folia Med., 30 mag. — R. MAROTTA. Pseudocardiopatie dell'infanzia.

Rev. de Higiene y Tub., 28 feb. — H. SACABEJOS. Porpora emorrag. e tbc.

Brit. Med. Journ., 13 giu. — R. MC-CARRISON. Problemi sulle tiroidopatie. — C. ALPORT. Eziologia dell'anemia pernic.

Lancet, 13 giu. — E. D. ADRIAN. Interpretaz. dell'elettrocardiogramma.

Deut. Med. Woch., 22 giu. — P. SCHRÖDER. Mielite e poliomielite. — E. FRAENKEL e A. BENATT. La terapia moderna del diab.

Wien. Klin. Woch., 11 giu. — F. PREGL, H. HABERER. Esame funzionale dei reni.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., giu. — H. VAQUEZ e E. DONZELOT. Fisiologia del ritmo cardiaco.

Bull. Ac. de Méd., 2 giu. — H. JAUSION e a. Chimioterapia endovenosa della blenorragia. — A. ANTHEAUME. Una malattia mentale fittizia: la cleptomania.

Acta Dermato-Venereol., giu. — S. R. BRÜNAUER. Il morbo di Darier. — B. BARKER BREESON. Coesistenza di atassia locomotr. vera e di sifilide cutanea terziaria attiva. — F. FISCHL. Carcinoma sperimentale da indol.

Soc. d. Hôp., 4 giu. — P. TEISSIER. Forma esantematica della peste bubb. — E. CONLAUD. Doppio pneumotor. efficace. — BRELET. Setticemia da enterococco.

Arch. de Med. de Pernambuco, mar. — A. CAVALCANTI. Il sist. vegetat. in clinica. — A. VALERIO. Chirurgia del simp.

Clin. y Labor., apr. — Numero sul Congresso latino-americ. di oto-rino-laringologia.

Mediz. Klinik, 12 giu. — A. MOLL. I moderni metodi psicoterapici. — L. NELKEN e H. STRAUSS. Elongatio oesophagi.

Arch. Sc. Med., 4. — G. OSELLADORE. Assorbim. di sospensioni granulari da parte del peritoneo. — S. MILONE. Cisti epitel. del collo. — A. AZZI. Fagocitosi del bac. del tubercolo.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 30 Novembre 1925 Fasc. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Criteri elementari per la diagnosi della dissenteria amebica

per il prof. dott. PAOLO ALESSANDRINI
medico primario degli ospedali di Roma.

Discutere oggi sulla esistenza della dissenteria da amoeba histolytica in Italia sarebbe un anacronismo. Nessuno più ne dubita, giacchè contributi inoppugnabili sono venuti da numerose parti ed hanno dimostrato luminosamente che tale forma morbosa esisteva già prima della guerra libica in focolai endemici e che dopo la guerra europea ha subito una recrudescenza. Nessuno mette più in dubbio che l'amoeba histolytica, anche senza manifestazioni evidenti a carico dell'intestino, può determinare un ascesso epatico.

È merito sopratutto dell'Izar e del Pontano di aver rilevato in Italia la frequenza delle forme atipiche dell'amebiasi intestinale, e di aver dimostrato, oltre all'esistenza di forme latenti, la presenza dei quadri morbosi più svariati con cui ogni colite cronica suole presentarsi (dalla pseudo-appendicite, alla stipsi, alla diarrea cronica) nella infezione da amoeba histolytica.

Mentre convengo coi suddetti autori sulla necessità dell'esame coprologico in ogni caso in cui l'anamnesi recente o remota richiama l'attenzione su di una sintomatologia a carico del colon, credo che si debbano fare riserve per quel che si riferisce alla frequenza dell'amebiasi.

A giudicare dai ripetuti esami di feci da me praticati, sia nei miei pazienti che in malati, in cui in base all'esame coprologico era stata già da altri colleghi formulata la diagnosi d'infezione da amoeba histolytica, mi sono formato il concetto che l'amebiasi sia una malattia più frequente di quello che comunemente si crede, ma meno comune di quanto risulterebbe ai sullodati autori,

Io penso che ciò debba attribuirsi in parte al fatto che non tutti i medici si rendono conto sufficiente delle difficoltà diagnostiche sopratutto nei preparati a fresco e delle necessità di allestire preparati colorati nei casi non sicuri: l'esperienza di questi ultimi anni ha inoltre dimostrato che il criterio terapeutico non può esser adoperato a conferma delle diagnosi, giacchè casi di dissenteria sicuramente di etiologia non

amebica possono guarire in seguito a cura di emetina, come pure esistono casi di amebiasi emetinoresistenti.

Di fronte all'eventualità che si sia troppo corrivi nell'ammettere la dissenteria amebica, bisogna prospettarci il pericolo che casi di stenosi rettali sifilitiche, tumori del sigma benigni e maligni, ulceri del duodeno, diarree leucemiche, ecc. come in casi da me osservati, siano trattati a lungo con emetina, perdendo un tempo prezioso per i risultati della cura delle varie affezioni che si manifestano colla sindrome dissenterica o enterocolitica.

Questa tendenza alla generalizzazione dell'etiologia delle affezioni infiammatorie del colon si è verificata anche per l'etiologia bacillare ed è strano che un clinico del valore di Strauss abbia speso una monografia per dimostrare che quasi tutti i processi ulcerativi del colon possono essere riportati ad un processo dissenterico del tipo Flexner o del tipo Shiga. La colite ulcerosa, che a seconda della localizzazione prevalente darà origine alla sindrome dissenterica, o alla diarroica o a quello della stipsi del tipo ascendente (con o senza crisi pseudoappendicolari) è un processo ad etiologia svariatissima.

Circa la valutazione statistica della dissenteria amebica, credo utile riportare i dati desunti da una statistica di vari ospedali della zona tropicale e subtropicale dell'America fatta per cura della direzione medica di una grande compagnia americana di colonizzazione (United Fruit Company). Da essa risulta che, su 30 mila esami di feci praticati da tecnici allenati alle ricerche di laboratorio in zone tropicali in casi di disturbi intestinali, fu riscontrata l'amoeba histolytica solo in 246 casi; segni di un processo ulcerativo (presenza di pus e di sangue) si ebbero invece in oltre duemila casi: in una parte di essi fu riscontrata l'etiologia tubercolare (12 casi), in 13 casi la dissenteria bacillare ed in 18 casi si trattava di balantidiosi. In tutte le altre forme di colite ulcerosa sfuggiva il dato etiologico, essendo ancora molto discusso il valore patogeno delle altre forme di amebe, dei flagellati e dei vermi intestinali.

Ora se in una zona tropicale, in cui esistono tutte le condizioni climatiche, alimentari ed igieniche per favorire la diffusione dell'amebiasi intestinale si ha una percentuale relativamente bassa di casi di amoeba histolytica, c'è ragione da ritenere che in Italia l'amebiasi non rappresenti, come diceva il Casagrandi, quel pericolo sociale che alcuni vedrebbero.

Per poter escludere l'amoeba histolytica nei casi da me osservati non mi sono contentato di un semplice esame, ma ho praticato almeno sei esami ad epoche diverse e raccogliendo, quando mi è stato possibile, il muco intestinale direttamente mediante il sigmoscopio. Il materiale fu esaminato, oltre che a fresco, anche mediante la colorazione all'emallume (previa fissazione nel liquido di Schaudinn) o allo iodio. Senza diffondermi sulle cause di errore grossolane, quali quelle della confusione dell'amoeba histolytica coi magrofagi, colle cellule della parete intestinale, colle cellule endoteliali (errori in cui del resto sono caduti anche scrupolosi ed esatti ricercatori) specialmente se si esaminano le feci dopo purgante salino, che determina uno sfaldamento della mucosa spesso notevolissimo, per me la confusione che più comunemente si fa non è tra forma vegetativa dell'amoeba histolytica e quella dell'amoeba coli, ma tra le forme vegetative dell'ameba nana, della iodoamoeba e della dientamoeba fragilis e le forme precistiche dell'amoeba histolytica e della coli. Bisogna considerare che le amebe non patogene rappresentano ospiti quasi abituali dell'intestino: il Boeck e Stiles, esaminando le feci di circa 8 mila individui normali, le hanno riscontrate in oltre il 40 % dei casi.

È indispensabile che a questo punto accenni ai caratteri fondamentali delle amebe che per lo più vivono nel lume intestinale dell'uomo, basandomi sugl'insegnamenti del Dobell, che è stata mia paziente e preziosa guida e l'ispiratore di questa mia nota e a cui perciò rivolgo il mio animo grato.

Le amebe che più comunemente s'incontrano nell'intestino umano sono cinque: la coli, la histolytica, la nana, la iodameba e la dientameba.

Molto cammino è stato fatto dall'epoca in cui si ammetteva solo una specie di ameba e in cui si discuteva sul suo potere patogeno. La distinzione netta tra una forma patogena o istolitica e una innocua o amoeba coli fatta dallo Schaudinn, la determinazione precisa dei caratteri differenziali rappresentò un gran passo negli studi di protozoologia intestinale. Le osservazioni ulteriori hanno dimostrato l'importanza degli altri tipi della fauna intestinale, specialmente per le difficoltà a differenziarle dalle forme prima studiate.

La vita di ognuno di questi protozoi consiste essenzialmente di due periodi, uno di attività o vegetativo che si svolge nell'interno dell'intestino e uno di riposo o cistico che s'inizia nell'interno dell'intestino, ma che può esplicarsi anche all'esterno e serve a trasmettere l'infezione da uomo a uomo.

Quando una cisti è ingerita per mezzo dell'ac-

qua e degli alimenti contaminati (direttamente o indirettamente per mezzo delle mosche) passa attraverso lo stomaco e nell'intestino umano dà origine ad una forma attiva. Da queste forme vegetative si sviluppano per divisione successiva altre forme vegetative e forme cistiche; se le prime vengono eliminate colle feci muoiono rapidamente, mentre le cisti hanno una certa resistenza. Per la trasmissione delle amebe non è quindi necessario un ospite intermedio.

L'*amoeba histolytica* allo stadio vegetativo ha caratteri così tipici che facilmente la fanno distinguere dalle altre forme; anzitutto le sue dimensioni, giacchè essa ha un diametro di 20-30 micron, corrispondente cioè a quello di tre o quattro corpuscoli rossi; ha un endoplasma granuloso ed una zona esterna ialina; il nucleo è poco evidente allo stato vivente; nei preparati colorati si vede costituito da una zona periferica di granuli di cromatina con un nucleolo puntiforme. Nell'endoplasma si riscontrano uno o più corpuscoli rossi in vari stadi di digestione. In qualche caso possono anche mancare le inclusioni di emazie, questo però si verifica per lo più nei tessuti (ascesso epatico, pareti dell'intestino) per ragioni che sarebbe qui lungo discutere. Nel muco fecale, accanto ad esemplari senza inclusioni di corpuscoli rossi, si trovano prima o poi, in esami ripetuti, le forme tipiche e spessissimo osserviamo anzi la fagocitosi delle emazie avvenire sotto il campo microscopico.

La fagocitosi dei batteri od altri corpi pare che non si verifichi in condizioni normali e le inclusioni batteriche che in qualche caso si osservano sarebbero dovute ad invasioni secondarie di batteri quando l'ameba è morta.

Uno dei caratteri essenziali dell'amoeba histolytica è il tipo del suo movimento; nei preparati a fresco osserviamo un vero movimento di traslazione che, ad eccezione della dientameba, non si osserva che eccezionalmente nelle altre forme parassite dell'uomo.

Tali movimenti per lo più, dopo un certo tempo che le feci sono state emesse, cessano; ma li ho osservati anche per sette od otto ore. L'animale emette ad una sua estremità un lungo pseudopodo ialino entro cui pare scorrere successivamente tutto il contenuto granuloso del corpo delle amebe. Man mano che la vitalità decresce, l'unica forma di movimento consiste nell'emissione più o meno torpida di pseudopodi ialini.

Questa tipica forma di ameba si riscontra per lo più nel muco che riveste le ulceri intestinali. Caduta nel lume intestinale, dove le condizioni di nutrizione vengono a difettare, questa forma si trasforma per lo più nella forma cistica; l'ameba si divide per scissione, si libera delle inclusioni e dà origine a forme più piccole con un protoplasma più o meno uniforme, con scarsi movimenti ameboidi (forma precistica), da cui si originano le cisti di regola non più grandi di 7-15 μ e circondati da una parete più rifrangente: esse allo stato di maturità non presentano più di quattro nuclei, presentano nell'interno delle inclusioni rifrangenti dette cromidi, e scarsa quantità di glicogeno.

L'*amoeba coli* nello stato vegetativo ha le stesse dimensioni dell'istolitica; il nucleo ha presso a poco la stessa struttura; è un po' meno evidente la distinzione tra ectoplasma ed endoplasma (si tratta però di gradi e perciò non è un criterio sufficiente per fondarvi una diagnosi differenziale); un carattere differenziale della massima importanza è l'assenza costante di inclusione di emazie e invece la presenza d'inclusioni batteri che o di altri prodotti vari anche nello stato vitale.

Per quel che si riferisce alla motilità, la coli non ha che eccezionalmente movimenti di traslazione, mentre invece ha emissione di pseudopodi spesso abbastanza vivaci, che però cessa rapidamente; in condizioni speciali tali movimenti persistono per lungo tempo e secondo Wenyon e O' Connor alcune volte non si differenzierebbero da quelli dell'ameba histolytica specialmente quando l'esame si pratica dopo purgante salino, che altera le condizioni osmotiche dell'ambiente.

La forma precistica dell'amoeba coli è identica a quella della histolytica, sia come dimensioni, che come struttura ed è quasi impossibile una netta differenziazione anche su buoni preparati colorati. Lo stesso si può dire delle cisti immature, se si eccettuano criteri differenziali difficili ad apprezzarsi, quali l'abbondanza del glicogeno ed i caratteri dei cromidi. La cisti matura si differenzia però facilmente perchè per lo più ha 8 nuclei ed anche un numero maggiore.

L'*amoeba nana* è la forma che più frequentemente s'incontra nel lume intestinale; si può dire esista in quasi tutti i diarroici: essa per lo più ha le dimensioni di un corpuscolo rosso o poco più; ha scarsa differenziazione tra ectoplasma ed endoplasma; rassomiglia, veduta a fresco, alla forma precistica della amoeba coli ed istolitica e se ne differenzia per i caratteri del nucleo, solo apprezzabili nei preparati colorati. Le sue forme precistiche, a differenza delle due amebe descritte precedentemente, non sono più piccole della forma vegetativa e si distinguono da queste per l'assenza d'inclusioni batteriche. Le cisti sono per lo più a quattro nuclei e si distinguono da quelle dell'amoeba histolytica solo perchè spesso sono ovalari e per i caratteri dei cromidi, però nella

massima parte dei casi sono necessari preparati colorati.

La *iodoamoeba* nella forma vegetativa non si distingue dalla precedente che in base a fini dettagli istologici rilevabili nei preparati colorati; le cisti invece se ne distinguono perchè sono uninucleari e posseggono una grande massa di glicogeno rilevabile bene colla colorazione allo iodio.

La *dientamoeba fragilis* infine è delle dimensioni dell'amoeba nana; ha una netta differenziazione tra ectoplasma ed endoplasma e tale una motilità attiva che può considerarsi come una amoeba istolitica in miniatura; ha però due nuclei che spesso è difficile distinguere nei preparati a fresco: mancano inoltre costantemente inclusioni di globuli rossi ed invece esistono inclusioni batteriche. Le cisti non si conoscono.

Da questa sommaria descrizione emerge chiaro che quando non siamo in presenza di forme vegetative tipiche di ameba istolitica di grandi dimensioni, con inclusioni di corpuscoli rossi, con movimento di traslazione la diagnosi di ameba istolitica in preparati a fresco deve farsi con molta cautela. E questa differenziazione è tanto più importante in quanto solo l'ameba istolitica è sicuramente patogena e va curata a lungo con tenacia.

Le forme precistiche rappresentano la causa più comune di errore.

In casi di assenza di forme tipiche vegetative è meglio attenderne la loro comparsa, qualora non si voglia ricorrere a preparati colorati o alle infezioni sperimentali nel gatto.

Una sorgente di errore diagnostico è data dal controllo delle feci dopo cura di emetina, giacchè la iodoamoeba è sensibilissima alla emetina, tanto che scompare dalle feci dopo una serie di iniezioni; la nana, la coli e la fragilis sono emetinoresistenti: se le presunte amebe istolitiche scompaiono in seguito alla somministrazione di emetina se ne trae un argomento in favore della esistenza della amoeba histolytica; quando si tratta di amoebe coli, nana, fragilis, la persistenza di esse nelle feci dopo cura emetinica potrebbe dare origine alle più svariate fantasie sulla emetinoresistenza della presunta amoeba histolytica. Inoltre bisogna tener conto della circostanza che qualunque sia il tipo di amoeba può scomparire dalle feci anche per lungo tempo indipendentemente da qualunque tentativo terapeutico per poi ricomparire.

Nei casi da me osservati di tipica amoeba histolytica anche nelle forme croniche ho veduto sempre, in seguito alla somministrazione di emetina, la scomparsa sia delle forme vegetative che delle cisti; scomparsa che in vari casi è stata definitiva, in molti casi però è stata solo temporanea. Nei casi di tendenza alla recidiva ho poi constatato l'efficacia dell'associazione delle iniezioni di emetina colla somministrazione di forti dosi di sottonitrato di bismuto per bocca (preferibile allo ioduro doppio di emetina e bismuto, che rappresenta un tormento per i poveri malati).

Il problema della emetinoresistenza della amoeba histolytica va quindi studiato mettendoci al riparo da tutte le cause di errore; evitare per quanto è possibile l'esame delle feci dopo somministrazione di purgante salino o clistieri irritanti, ma praticare le ricerche sulle feci emesse spontaneamente o sul muco raccolto direttamente dalle ulceri mediante il sigmoscopio; allestire, oltre a preparati a fresco, preparati colorati allo iodio o all'emallume; e, per lo studio delle alterazioni determinate dai rimedi, ricorrere anche a colorazioni elettive, del glicogeno, dei cromidi, ecc. Il purgante determina una scarica di forme precistiche e di cisti immature, che costituiscono gli scogli diagnostici fondamentali.

Tenendo in conto le considerazioni che ho brevemente riassunto, sarà possibile non solo una esatta diagnosi ed una terapia razionale della dissenteria amebica, ma anche affrontare il problema della importanza dei protozoi nella patogenesi di molte diarree: giacchè l'azione efficace dell'emetina anche in forme in cui si può escludere con sicurezza l'amebiasi (da me rilevata in molti casi, tra gli altri nella balantidiosi), l'efficacia del bismuto che l'empirismo aveva già messo in evidenza, del chinino e del neosalvarsan (rimedi elettivi dei protozoi), la tendenza alle recidive, caratteristica di tutte le malattie protozoarie, sono criteri che parlano in favore di coliti protozoarie.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIUSEPPE IN EMPOLI
diretto dal prof. M. ABETTI.

Simulazione di calcolosi renale in soggetto isterico

per il dott. GASTONE CIONI, aiuto.

È così frequente che l'isterismo simuli un'affezione morbosa organica che a tutta prima il caso presente potrebbe sembrar privo di ogni interesse, ma se questa nevrosi offre ogni giorno alla nostra osservazione esempi di false affezioni a carico di tutti gli apparati, quello nervoso principalmente, non credo che alcuno abbia potuto assistere ad una simulazione così ingegnosa di calcolosi renale.

Il caso che vado citando si riferisce a certa C. Paolina di a. 57, nubile, domestica, da Cerreto Guidi. Ella perdette il padre per vaiuolo e la madre, in età avanzata, per polmonite: di malattie non precisabili e tutti giovanissimi, sono morti sei tra fratelli e sorelle della paziente: l'anamnesi familiare è negativa per quel che riguarda il campo psichico. Essa fu operata di isterectomia all'età di circa 30 anni per un tumore dell'utero e 10 anni or sono venne sottoposta ad un nuovo intervento operativo per ernia inguinale sinistra. Ad eccezione di queste due operazioni chirurgiche, fino al mese di settembre dello scorso anno, non è stata mai ammalata. Ha sempre condotto vita regolata; il suo temperamento nulla fece mai intravedere di anormale.

Il 28 settembre u. s., mentre attendeva alle faccende domestiche, si lamentò improvvisamente di un vivissimo dolore alla regione renale di destra che si irradiava in basso verso la sinfisi pubica e la coscia dello stesso lato, accompagnato da vomito, non da febbre. Passata la colica che, in onta a tutti i sedativi, la costrinse in letto per tre giorni in preda agli spasimi più atroci, essa mostrava al medico curante quattro corpicciuoli duri di aspetto siliceo che aveva emessi con le urine e che vennero interpretati come calcoli renali. Dopo circa 10 giorni di benessere, altra colica cui seguì l'espulsione di 10 calcoli di varia grandezza e di aspetto vario. Da allora le coliche si ripeterono incessantemente ad intervalli sempre più brevi tanto che, mentre nei primi due mesi intercorrevano di solito 10 o 15 giorni tra una ripresa e l'altra degli accessi dolorifici, in questi ultimi mesi le coliche si ripeterono quasi ogni giorno.

I calcoli, fino al suo ingresso in ospedale, in parte espulsi spontaneamente, in parte estratti dalla vescica per mano del medico, furono in numero di 301, diversissimi sia per aspetto — alcuni apparivano levigati, di consistenza durissima del tutto silicea, altri friabili ed a superficie scabrosa — che per grossezza — ve ne erano di grossi come un grano di frumento, altri come un fagiuolo, molti altri grossi il doppio. — Insieme ai calcoli emise talvolta quantità rilevanti di sabbia.

Le urine, che l'esame microscopico ha dimostrato spesso lievemente ematuriche e che spessissimo apparivano torbide, venivano emesse non senza molestia: minzione difficile e dolorosa.

Il medico curante, durante il periodo che l'ammalata è stata sotto la sua osservazione, palpò marcatamente aumentato di volume e dolentissimo, il rene destro.

Al suo ingresso in ospedale la donna presentavasi in stato di colica: dolore violentissimo alla regione renale di destra che si irradiava verso la zona vescicale e tale che la paziente si contorceva dibattendosi violentemente nel letto; nausea, conati di vomito, non febbre. Ricevute le cure del caso, e dopo aver emesso con le urine un calcolo della forma di un fagiuolo, ma grosso il doppio e di consistenza chiaramente silicea, il dolore scomparve e fu possibile procedere all'esame somatico dell'inferma.

La donna presentavasi in stato di buona nutrizione, come non avrebbero fatto presumere gli otto mesi di sofferenze continue. Riflessi congiuntivali aboliti, abolito pure quello faringeo: tutti gli altri fisiologicamente presenti, erano conservati. Psichicamente ed intellettualmente appariva normalissima. I diversi apparati organici non dimostravano alterazioni degne di particolare importanza nè reliquati di affezioni morbose pregresse. Solo a carico dell'apparato cardio-vasale erano rilevabili i segni evidenti di una sclerosi iniziale.

Rene destro marcatamente ptosico — ptosi di II grado — aumentato di circa un terzo del volume normale, della caratteristica consistenza ed a superficie levigata: modica difesa della parete addominale. Punti ureterali di destra dolorabili alla palpazione, così pure la zona vescicale. Uretere di sinistra indolorabile. Il cateterismo fece chiaramente avvertire la presenza in vescica di un corpicciuolo solido che, estratto, si dimostrò analogo ai calcoli precedentemente espulsi: meato urinario arrossato: urine leggermente corpuscolate: la sonda risvegliava dolore al passaggio dall'uretra.

Esame delle urine: vol. in 24 ore cmc. 750:
Colore: giallo pallido; urobilina: assente.
Consistenza: normale; albumina: traccie.
Aspetto: leggermente torbido; mucina: assente.
Reazione: alcalina; emoglobina: traccie.
Densità: 1012; pigmenti biliari: assenti.
Urea: gr. 7.39 ‰; glucosio: assente.
Sedimento: scarso, formato da cellule delle ultime vie urinarie, globuli bianchi, qualche eritrocito.

L'esame radiologico, ripetutamente praticato, non dimostrò mai presenza di ombre caratteristiche nella massa dei reni nè lungo il decorso degli ureteri, nè in vescica.

La cistoscopia fu negativa: gli orifici ureterali apparivano normali e secernenti ambedue ugualmente. Il catetere introdotto nell'uretere di destra, però, a circa 10 cm. dall'orificio vescicale si arrestò e non fu possibile farlo progredire oltre. Iniettato qualche cmc. di una soluzione di bromuro di potassio e praticata la pielografia, si osservò che ureteri e bacinetti si riempivano normalmente cosicchè anche questo mezzo di indagine non aggiunse nessun dato positivo alle già praticate ricerche.

Durante la sua degenza in ospedale le coliche, ad intervalli vari, si ripeterono e l'emissione dei calcoli avvenne sempre abbondantemente.

Il rene destro che in capo a qualche giorno aveva ripreso il suo volume normale, non si palpò più ingrossato.

Il caso, considerato sotto diversi punti di vista, appariva così strano che logicamente suscitò in noi dei sospetti circa l'autenticità dell'affezione morbosa.

Intanto la costituzione dei corpi solidi emessi con le urine non era quella che siamo abituati a vedere nei calcoli del rene: oltre a ciò pareva troppo strano che il reperto radiografico fosse negativo trattandosi di corpi così opachi ai raggi X, da dare, radiografati a parte, ombre molto evidenti.

Entrati nel concetto di una possibile simulazione, ogni volta che la paziente accusava l'insorgenza del dolore, facemmo praticare, in sostituzione delle iniezioni di morfina precedentemente usate, delle iniezioni di canfora, altre di acqua distillata; dopo di che la presunta colica cedeva ugualmente in pochi secondi.

Ma la paziente aveva urinato in presenza nostra i famosi calcoli e noi stessi li avevamo sentiti in vescica: venivano introdotti dunque per l'uretra? Non mancava, per averne la certezza, che toglierle la possibilità di rifornirsi del materiale usato a tale scopo e sorvegliarla: la facemmo infatti ricoverare in una stanza isolata e dopo averli esattamente contati, le consegnammo i suoi calcoli.

Nuove coliche ed espulsione dei soliti corpi calcarei il numero dei quali corrispondeva esattamente alla mancanza di altrettanti da quelli fornitile.

Avendole inoltre espresso il desiderio di essere avvertiti quando si fosse accorta di stare per espellerne uno, potemmo, radiograficamente, sorprenderne l'immagine nettissima in vescica.

Dopo di che, col pretesto di praticarne l'esame chimico, le togliemmo le sue pietruzze: le coliche si ripeterono anche più frequentemente, ma più nulla venne espulso con le urine. La prova non avrebbe potuto essere più convincente.

*
* *

Nella storia della nostra ammalata esistevano pertanto non lievi discordanze a carico del concetto formatoci di simulazione della calcolosi, ma un ragionamento logico su ogni fatto osservato può in modo evidente delucidare ogni punto apparentemente oscuro.

L'ematuria che ad intervalli il microscopio poneva in rilievo ed alla quale tanto valore sembrava doversi attribuire, potè spiegarsi con le lesioni dell'uretra prodotte dal passaggio dei corpi estranei talvolta a superficie scabrosa e di volume considerevole.

L'ostacolo che la sonda aveva incontrato al suo progredire nell'uretere di destra è cosa troppo frequente a verificarsi, senza che a tale reperto corrispondano alterazioni anatomo-patologiche, per potere attribuire a ciò un valore assoluto, tenuto conto poi del negativismo della pielografia e della permeabilità dell'uretere.

Ma quello che si opponeva maggiormente al pensiero della completa simulazione di questo quadro morboso era il fatto che il medico curante e noi stessi avevamo potuto palpare, per un periodo di qualche giorno, aumentata di volume la massa del rene e ciò non poteva essere certamente prodotto dalla volontà della donna.

Evidentemente, essendo in realtà il rene destro ptosico, poteva in primo tempo essersi trattato di una idronefrosi prodotta per inginocchiamento dell'uretere, come non è improbabile che una vera e propria calcolosi renale sia stata in atto e che il processo morboso abbia portato a delle coliche renali vere e proprie con espulsione di uno o più calcoli autentici.

Su questo fondamento di verità il temperamento isterico della nostra paziente avrebbe costruito tutto quello che è stato oggetto della nostra esposizione.

E nessun dubbio può esserci che tutto ciò debba attribuirsi unicamente alla nevrosi isterica giacchè più di una volta e con insistenza quasi disperata l'ammalata ci scongiurò di sottoporla ad un atto operativo che la togliesse dalle sofferenze atroci e continue che la torturavano, e quando, fingendo di assecondare il suo desiderio, dopo averle fatto conoscere che pericoli potevano provenire dall'atto operativo, la facemmo preparare come gli altri operandi e condurre, con sua evidente soddisfazione, fino sul tavolo operatorio, rimase fortemente delusa quando le dicemmo che per una causa nuova che non potevamo spiegarle, era impossibile operarla.

Questa, io credo, la giusta interpretazione di tale serie di fatti a prima vista discordanti l'uno dall'altro e tali da mettere in imbarazzo quanti avessero dovuto formulare un giudizio diagnostico ed ho voluto pubblicare il caso, invero degno di interesse, principalmente dal punto di vista della perfezione con cui ogni sintomo della calcolosi renale veniva artificiosamente offerto ai nostri occhi.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

Rapporti tra insufficienza surrenale e delirio febbrile.

(TARGOWLA. *Paris médical*, 1925, n. 7).

L'etiologia delle psicosi dette tossinfettive appare banale nel senso che non esiste una sindrome mentale propria di una determinata malattia. Tuttavia sembra all'A. di poter ammettere un simile rapporto tra insufficienza surrenale e delirio febbrile, a proposito di un caso dimostrativo recentemente osservato. Si tratta di un giovanetto di 15 anni, il quale dopo aver sofferto a 6 anni di tifo e di polmonite, aveva dimostrato una persistenza, nello sviluppo fisico e psichico, dei caratteri puerili, e che improvvisamente aveva presentato uno stato psicopatico grave, la cui evoluzione ha avuto due fasi. La prima, caratterizzata da una sindrome puramente psicopatica, si è manifestata con delirio di persecuzione e di influenza, a base di illusioni, di allucinazioni e di interpretazioni multiple, ravvicinabile per i caratteri ai deliri tossici, e associato a segni della serie ebefreno-catatonica. La seconda fase, a distanza di circa un mese, è segnata dalla sostituzione alla sindrome precedente di uno stato acuto, con manifestazioni somatiche e mentali. I disturbi psichici, costituiti da un delirio terrorizzante allucinatorio prevalentemente visivo, complicano uno stato generale grave: aspetto di intossicazione profonda, pallore terreo, prostrazione, astenia dolorosa e senso di fatica muscolare, rachialgia, cefalea a esacerbazioni violente. Questi sintomi associati a midriasi, ad accelerazione del polso, a ipotensione arteriosa, a strie bianche del Sergent, non potevano essere riferiti che a insufficienza surrenale. L'esame somatico era nel resto negativo, nè la ipertermia lieve, nè l'arrossamento modico e diffuso della gola, osservati per breve tempo, potevano dare ragione dei disturbi. D'altra parte la favorevole azione esercitata, parallelamente su tutte le manifestazioni della sindrome, dall'adrenalina e dalla opoterapia surrenale appoggiano la conclusione cui si era pervenuti, ammettendo la diagnosi di encefalopatia addisoniana, o, più esattamente, di encefalopatia surrenale.

L'iposurrenalismo appare, nel piccolo malato, come un accidente della crisi pubere, favorito forse da una antica determinante infettiva; e l'aspetto clinico particolare (ebefrenocatatonia) assunto dalle manifestazioni, può essere considerato come una modalità reattiva di psichismo giovanile, tenendo conto della situazione creata dalla lesione cerebrale precedente, indicata dall'anamnesi, e delle sinergie glandolari poste in azione dai fenomeni della pubertà.

Questa etiologia funzionale sembra costituire la ragione del favorevole esito. La fase delirante grave è durata una settimana, e tutta la malattia cinque settimane circa.

Due mesi dopo l'inizio degli accidenti morbosi il piccolo malato era in piena convalescenza, capace di dedicarsi a un lavoro moderato senza affaticarsi eccessivamente.

Il confronto di questa osservazione con altre già note (Klippel, Sergent) fa riconoscere all'encefalopatia surrenale, a forma mentale, una certa individualità clinica basata su caratteri evolutivi, e su elementi semeiotici.

Ora si conosce male la patogenesi del delirio febbrile che si pone, senz'altra precisione, tra i deliri tossinfettivi. Dal punto di vista etiologico si può dire che si riscontra in quasi tutte le piressie e, più frequentemente, nella febbre tifoide, nella polmonite, nella scarlattina, nel tifo esantematico, affezioni tutte che sono accompagnate tanto spesso da insufficienza surrenale passeggera. È lecito allora domandarsi, alla luce dei fatti osservati, se questa coincidenza è puramente fortuita, o se non bisognerebbe vedere nell'intossicazione di origine surrenale una condizione *necessaria* del delirio febbrile. Questa sindrome, però si riscontra raramente allo stato puro, e di sovente un elemento confusionale propriamente detto vi si associa. Questo fatto può spiegarsi con la lesione concomitante, da parte del processo infettivo, di altre funzioni organiche, specie di quelle epatiche e renali. In linea generale il meccanismo delle psicosi tossinfettive esigerebbe un elemento cerebrale, anatomico o funzionale, più o meno complesso, e un elemento tossico dovuto a una insufficienza organica la cui azione sui centri encefalici determina una reazione mentale forse specifica. La difficoltà abituale dell'analisi risulta dalla molteplicità dei fattori associati che si riscontra nei fenomeni clinici.

A. PICCINELLI.

SEMEIOTICA.

Il significato dei sintomi oculari.

(P. FLEMMING. *Lancet*, 23 maggio 1925).

Il dolore costituisce uno dei sintomi più frequenti e più importanti delle affezioni oculari. Quando s'accompagna ad arrossamento degli occhi può essere l'espressione d'irite, glaucoma, corpi estranei o abrasione della cornea. Il dolore dell'irite e del glaucoma è gravativo e profondo,

può diffondersi alle parti circostanti, e perfino alle mascelle, e talvolta dare vomito. Lo stato della pupilla, piccola nell'irite, ampia nel glaucoma, consente di decidere a quale delle due affezioni è dovuto il dolore. Il dolore dovuto a corpi estranei o ad abrasioni corneali è intenso e spasmodico, si determina o si accentua con i movimenti delle palpebre; una goccia di fluorescina seguita da una di cocaina è il metodo più semplice per svelare la causa del dolore.

Un senso di fastidio, di peso o di bruciore che si accentua alla luce artificiale è segno di congiuntivite generalmente di media gravità.

Il dolore riferito alla parte posteriore dell'occhio, che si verifica durante la lettura o la visione prolungata, è sintoma di vizio di refrazione o di debolezza dei muscoli endoculari. Quest'ultimo si verifica in soggetti neurastenici o affetti da altre nevrosi.

La cefalea d'origine oculare è frequente negli scolari e negli individui di media età. È localizzata generalmente alla fronte ed alla regione sopraorbitale; è più frequente al mattino, migliora o scompare dopo la colazione, si accentua alla fine della giornata, specie se si è lavorato in luogo chiuso.

L'emicrania è preceduta da sensazioni visive subiettive, che costituiscono come l'aura dell'attacco, anzi talvolta tutto l'attacco è costituito alla sola aura oculare. Ciò però non autorizza a concludere che l'emicrania sia d'origine oculare.

Le così dette mosche volanti non sono nella maggioranza dei casi sintomi di affezioni organiche. Costituiscono un sintomo premonitorio della cataratta, e possono trovarsi in tutte le forme discrasiche generali, nell'anemia e nella congestione cerebrale, e nell'isterismo.

I cercini colorati si riscontrano nelle forme di imbibizione della cornea, nel glaucoma come nella semplice congiuntivite.

La visione di scintille è un sintoma tutt'altro che raro. Si ha nell'aura oculare dell'emicrania e dell'epilessia, in varie forme di neurosi e di psicosi, nei tumori cerebrali specie occipitale, e nella ciclite.

La fotofobia è un sintoma molto comune in varie forme tossiche ed infettive, in forme neurotiche, ed in molteplici affezioni oculari, congiuntivite, irite, coroidite, retinite, cheratiti, ulceri corneali.

L'emeralopia è sintoma di disturbi nutritivi o distruttivi degli elementi retinici. Si ha nella retinite pigmentosa, nella retinite sifilitica, nella nefrite, nell'avitaminosi, nello scorbuto; talvolta è un disturbo congenito.

Il contrario dell'emeralopia, la nictalopia (visione peggiore alla luce chiara) si ha nella neurite nicotinica o nell'atrofia del n. ottico, nelle poco ben definite opacità della lente nella linea di visione.

La discromatopsia è generalmente un disturbo congenito, si può acquisire in seguito ad intossicazione nicotinica o ad atrofia ottica.

L'eritropia o visione rossa si ha negli scolari e negli operati di cataratta: sembra dovuto a congestione dei vasi retinici.

I vizi di refrazione possono provocare cefalea, senso di stanchezza generale, irritabilità. Tali pazienti in genere non si lamentano di disturbi visivi, vedono bene, però la buona visione è fatta a spesa di sforzi accomodativi che sono responsabili dei disordini su accennati. La diminuzione dell'acutezza visiva in genere si avverte in seguito ad una malattia debilitante che riduce il potere di accomodazione.

La presbiopia si inizia generalmente verso i 45 anni per raggiungere il suo massimo a 60 anni. Quando a questa età, nella quale il potere di accomodazione è reso praticamente nullo, la vista continua a diminuire, vuol dire che vi sono altre affezioni oculari, ad esempio coroidite senile.

Alcuni individui tra i 45 e i 50 anni si lamentano perchè allo svegliarsi non possono aprire gli occhi (ptosi mattutina), essi devono divaricare le palpebre quasi a forza con le dita. Il disturbo, che è in rapporto alla presbiopia, cessa con l'uso di lenti adatte.

La diplopia deve essere considerata come un disturbo di una certa gravità; essa dipende da incoordinazione o deficienza dei muscoli oculari e può essere l'espressione di una lesione iniziale del sistema nervoso centrale.

La visione multipla è sintoma di lesioni della lente che ne alterano l'indice di refrazione. Si riscontra nel diabete.

Alcuni individui per leggere hanno bisogno di tener chiuso un occhio, ciò dimostra riduzione del potere di convergenza.

Un sintoma che di rado è denunziato spontaneamente dai pazienti, è quello costituito dal movimento e dall'instabilità degli oggetti guardati e che è in rapporto a nistagmo di recente origine.

La vertigine oculare si ha nelle deficienze dell'equilibrio muscolare. Essa è prodotta più dalla deviazione verticale del globo oculare che da quella laterale. La vertigine scompare chiudendo gli occhi.

Il vomito oculare può essere prodotto dal glaucoma, dai traumi oculari, dall'instillazione di eserina e di atropina.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

I. ARAOZ ALFARO e C. BONORINO UDAONDO. *Tratado de Semiologia y Clínica propedéutica.* Buenos Ayres, 1924, Andreetta, edit.

I due volumi che, sotto la direzione dei due semeiologi Argentini — anzi in gran parte dagli stessi dettati — vedono ora la luce, non sono la risultante di una comune compilazione o d'una serie di riviste sintetiche disposte in ordine; ma rappresentano la sintesi di decenni di studio e di osservazione, la sintesi di venti anni di insegnamento specializzato di Semeiotica al quale e l'Araoz Alfaro ed il Bonorino Udaondo dedicarono con attività sempre giovanile il loro fervore scientifico-pratico.

I loro collaboratori anch'essi si sono mostrati degni della fiducia e hanno gareggiato con i due maestri in felicità di sintesi e chiarezza di esposizione. N'è derivata una Semeiotica vissuta in uno con gli studenti ed il malato, libera da vieta erudizione; dal giusto rilievo del sintoma porta alla corretta interpretazione e alla coordinazione clinica, quella esposta nel Trattato Argentino. Completo ed aggiornato nei più minuti particolari di tecnica, è un'ottima guida al letto del malato.

Nitida è la veste tipografica, ornata di tavole, fotografie, numerose, originali. Con vero diletto ne leggiamo i numerosi capitoli senza imbatterci in dati di pura erudizione; ma trovando un'esposizione perspicua condotta con rigore di critica e materiata di esperienza personale degli autori.

Gli AA. hanno, con spirito di modestia, dedicato il loro libro agli studenti, ma non v'ha dubbio che utilità non minore potranno ritrarne medici pratici e medici di scienza che, senza ponderose consultazioni, volessero colmare le lacune delle loro conoscenze semeiologiche.

V. ASCOLI.

L. LATTES. *Die Individualität des Blutes in der Biologie, in der Klinik.* Berlin, 1925. J. Springer, editore.

Del suddetto libro, nella sua veste italiana, già dicemmo su queste colonne or non è molto.

La traduzione tedesca che ne fa il prof. Schiff conferma il nostro giudizio e mostra che oramai l'opera del Lattes forma testo per i cultori dell'argomento: auguriamo che ulteriori traduzioni del Trattato ad uso di altri paesi portino alla meritata diffusione e conoscenza delle originali e convincenti ricerche dal chiarissimo prof. Lattes perseguite per tanti anni nel campo dell'individualità sanguigna e delle pratiche applicazioni in medicina clinica e in medicina legale.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXI Congresso di Medicina Interna.

(Vedi fascicoli precedenti).

Relazione del prof. G. SABATINI (Roma).

Le cirrosi epatiche.
(Storia, eziologia e clinica).

Conclusioni.

Non consentendo questa materia di studio nè di essere esposta per sommi capi nè enunciata sotto forma di proposizioni conclusive, il riassunto riesce slegato, frammentario e senza le documentazioni necessarie.

1. *Quali forme morbose comprende il nome di cirrosi epatiche.* — La risposta dedotta dai vari Autori risulta imprecisa, variabile e sopratutto personale. Quindi non è possibile premettere la definizione; deriverà forse dall'esposizione di dati e di fatti.

È di assoluta necessità rifarsi alle concezioni originali e classiche e cercare di mettere man mano in rilievo i momenti di deviazione e le successive sovrapposizioni, che l'idea clinica e l'indagine anatomica hanno, in questo campo, subìto con l'andare del tempo, portando alle complicate moderne concezioni.

Non è dottrinale, ma fondamentale questa ricerca.

2. *Evoluzione del concetto di cirrosi epatica dal suo apparire fino alle idee attuali.* — Si fa risalire a Laënnec, nel 1819, oltre che la creazione della parola cirrosi anche la prima descrizione della malattia così come è concepita da noi.

La critica storica documentata non sottoscrive più a questa affermazione. Laënnec mise in una nota del suo volume su « L'auscultation médiate » la descrizione di un malato affetto da « pleurite emorragica del lato sinistro, con ascite e malattia organica di fegato ». Questo caso lascia già di per sè assai dubbiosi se si tratti di cirrosi; ma contrariamente all'opinione comune non è nè il primo nè l'unico accenno che Laënnec fece di questa malattia; infatti egli s'occupò assai più a lungo e direttamente delle cirrosi.

Il Letulle (1920) ha pubblicato una parte inedita del « Traité d'anatomie pathologique » di Laënnec. È la seconda sezione, intitolata « Des tissus accidentels, qui n'ont pas d'analogues dans les tissus naturels »; essa comprende: « Les mélanoses, les cirrhoses, les encéphaloïdes ».

Per Laënnec la materia gialla de « les cirrhoses » si poteva trovare in *tutti* gli organi, era un *quid* sovrapposto, neoformato, capace di rammollirsi, e di presentarsi « en masses isolées, plaques deposées ou kystes ».

Appunto nel paragrafo de *le cirrosi*, « che si sviluppano di prevalenza nel fegato », Laënnec riporta assai dettagliatamente una storia, che dovrebb'essere tipica, riguardante una donna di 39

anni; ma leggendo il testo, ci si convince che non trattasi neanche qui di una forma cirrotica, nel significato che la parola ha oggi.

Nè Laënnec ha mai parlato di tossici e tanto meno dell'alcool.

Questi i documenti originali, che costituirebbero l'*atto di nascita* della cirrosi epatica, secondo le affermazioni correnti.

L'indagine storica ha messo in evidenza (ved. Payne, Legg, Frerichs, Rolleston, ecc.) che già prima di Laënnec la cirrosi era stata individualizzata da John Brown (1675), da Bianchi (1750 circa) (1), da Matthews Baillie (1793), che descrive i « Common tubercles of the liver » negli individui abituati a bere liquori spiritosi, da Nicolas Tulpius (2), e, primeggiante ancora una volta fra tutti, da Morgagni, del quale si può affermare che ha redatto, intorno al 1760, una storia clinica ed un reperto anatomico di cirrosi, che parrebbero dettati oggi (3).

Non si pretende far riconoscere a Morgagni delle priorità (non è questa la sorte del nostro Grande). Ma bisogna pur domandare se, dopo di lui, il concetto clinico e anatomico di cirrosi epatica fece nel 1819 con Laënnec, di cui vedemmo le idee, un reale progresso. Bisogna sempre ricordare che la cromatica espressione « Cirrosi » che Laënnec creò, doveva servire ad indicare le *sue* idee, ben diverse dalle attuali ed assolutamente estranee alla concezione alcoolica, cui egli mai pensò; onde per riordinare il capitolo delle cirrosi bisogna riprendere la linea direttiva, anche anteriormente all'autore francese.

Intorno all'entità clinica primordiale, individualizzata con lavori successivi, costituita dalla cirrosi atrofica alcoolica con ascite, si accumularono presto osservazioni, che mettevano in evidenza deviazioni, dal tipo fondamentale, sia dal punto di vista clinico sia da quello anatomico. Così, mentre se ne completava la conoscenza, a questa entità morbosa si aggiunsero nuovi attributi clinici ed anatomici, alcuni giustificati, altri erronei. Sì gli uni che gli altri finirono presto per spostare, confondere ed infine sommergere il concetto primitivo.

La prima caratteristica della cirrosi che venne modificata fu quella data dall'atrofia dell'organo, e comparvero le cirrosi ipertrofiche; la seconda, fu l'ascite, e comparvero le cirrosi anascitiche; la terza fu l'ittero, nelle sue svariate modalità.

Culmina questo periodo con la tesi di Hanot (1875) e col primo tentativo di ordinamento sistematico di Charcot e Gombault, che distinsero le due forme: cirrosi portali e cirrosi biliari. Da allora non si è più colmata la scissione, per quanto cambiassero le espressioni.

Per successivi abusi si giunse al punto di usare la parola *cirrosi* come semplice sinonimo di *sclerosi*.

3. *Stato attuale delle conoscenze sulle cirrosi epatiche.* — Nel mastodontico capitolo di patologia che ha il titolo di cirrosi epatiche, si trovano oggi accomunati quadri clinici e tipi anatomici i più disparati. Inoltre molti autori hanno elevato a vere dignità nosografiche semplici combinazioni di sintomi o associazioni, frequentemente ricorrenti, di segni clinici e reperti anatomici (1). E siamo arrivati al seguente incredibile numero di forme di cirrosi (ciò che obbliga ad artificiose descrizioni e classifiche, contro le quali da più parti si viene protestando): la cirrosi atrofica di Laënnec, la cirrosi venosa ipertrofica di Hanot e Gilbert, la cirrosi diffusa bivenosa e pericapillare di Gilbert, Garnier e Castaigne, la cirrosi grassosa di Sabourin, la cirrosi atrofo-ipertrofica di Kahn, la cirrosi biliare ipertrofica di Hanot, la forma splenica della cirrosi biliare di Gilbert e Fournier, la cirrosi atrofica biliare, la cirrosi biliare con ittero, quella senza ascite, la cirrosi calcolosa, la cirrosi splenomegalica con ittero o senza di Eppinger, la cirrosi di Maixner, la cirrosi di Cruveilhier-Baumgarten, la cirrosi malarica, saturnina, tubercolare, sifilitica, la cirrosi della malattia di Banti, la cirrosi nelle associazioni epato-striate, ecc. ecc.

Questa semplice enumerazione permette il giu-

---

(1) Pagg. 401-408: « Jecur deprehenditur prorsum aridum, coriaceum, in minimam molem retractum ».

(2) In una donna morta con ascite ed ittero trovò il fegato « aridum, atrum, exsuccum, et instar corrugati corii in se contractum, ut vix aequaret geminum pugnum ».

(3) Epist. XXXVIII, N. 30: « uomo di 37 anni, bevitore di vino, nel quale la malattia cominciò con debolezza, oliguria ed ascite (descrive perfino le manovre del fiotto), edemi limitati alla metà inferiore del corpo, contrastanti con « facie et artubus superioribus macescentibus », diarrea alternata a stipsi, e « pruritus cutis ad hepatis regionem, ubi lividae venulae apparuerunt »; quindi petecchie, delirio, morte.

Il quadro clinico è dunque completo nè oggi meglio si saprebbe fare.

All'autopsia, oltre l'ascite ecc., M. descrive: « Jecur durum, intus extraque totus constans ex tuberculis, idest glandulosis lobulis evidentissimis, et evidentissime distinctis, nec tamen naturali majus. At lien magnus, substantia compacta, ex qua incisa nihil sanguinis affluebat » e quasi ciò non bastasse egli dice, fra altre meravigliose e precise affermazioni, che la sostanza *epatica granulosa* non è (come dirà invece Laënnec) una formazione blastomatosa, e che è la retrazione delle parti quella che « vascula saltem sanguifera comprimendo » porta ai disturbi circolatori. E già M. aveva parlato al N. 18 della stessa epistola di un giovane « magnopere edax et potulentus » di cui, dopo riferita l'autopsia, nota: « hydropicorum dissectione adductos olim plerosque fuisse medicos ut jecur primum, deinde et splenem, hydropis auctores facerent ».

(1) E c'è stata gloria per tutti, l'uno proponendo che il nome dell'altro servisse per indicare un'entità morbosa. Hanot propose l'appellativo di cirrosi di Laënnec, Gilbert di cirrosi di Hanot, Castaigne di cirrosi di Gilbert, ecc. ecc.

dizio sullo stato attuale della questione meglio di ogni analisi particolareggiata.

4. *I quesiti che si presentano all'esame.* — A tal punto (1) sorgono due quesiti fondamentali e preliminari: *l'individualità della forma morbosa; la unicità o pluralità di essa.*

I. *Individualità della forma morbosa.* — È definitivamente perduta, come entità clinica individualizzata, la cirrosi epatica? o, considerando il problema da un altro lato, esistono realmente della cirrosi tante forme cliniche, con fisionomia propria, meritevoli di nome proprio e aventi caratteri clinici, e conseguenzialmente diagnostici, separati?

Lo studio coscienzioso ed obbiettivo della materia porta a rispondere che l'individualità non è affatto perduta e che nonostante la farraggine di fatti aggiunti e la corruzione derivata dall'aver etichettato come cirrosi processi morbosi che non hanno con essa che una superficiale somiglianza o dall'aver separati quadri patologici che non sono che speciali aspetti (sia pure estremi) di questa, come di ogni altra malattia, l'entità clinica della cirrosi rimane; è unica la fondamentale forma, che merita questo nome (*e la chiameremo, per intenderci, cirrosi epatica propriamente detta*), è bene definita, è bene caratterizzabile nel gruppo attualmente misto ed eterogeneo de *le cirrosi.* Essa ha una triplice individualizzazione, fatta da dati etiologici, anatomici e clinici:

a) Dati etiologici (veggasi appresso nel presente Rapporto): la cirrosi epatica propriamente detta ha la caratteristica di essere una malattia, di cui la causa diretta è finora ignota (si indica oggi questo dato usando l'espressione generica di « noxa cirrogena »); si ammettono cause favorenti lo sviluppo o l'esplosione della malattia (l'alcool ed un probabile momento infettivo), ma la causa diretta e indispensabile è sconosciuta.

In tal senso la cirrosi epatica propriamente detta si trova, in rapporto con le altre forme impropriamente chiamate cirrosi, nello stesso piano in cui si trova l'anemia perniciosa criptogenetica di Biermer di fronte alle anemie perniciose da causa nota, o il linfogranuloma maligno di Hodgkin di fronte agli altri linfogranulomi da agenti conosciuti.

L'ignoranza del fattore cirrogeno diretto e la importanza di alcuni fattori favorenti l'insorgenza della malattia distinguono dunque dal lato etiologico la cirrosi propriamente detta.

b) Dati anatomopatologici. — La cirrosi epatica propriamente detta presenta caratteristiche anatomiche proprie, accanto ad altre che ha in comune con differenti processi, dello stesso tipo, svolgentisi nel fegato.

I *caratteri anatomici*, specifici e non specifici, secondo quanto è noto e non controverso, sono: (li elenco soltanto perchè qui mi servono sia per l'individualizzazione della forma morbosa sia per la dimostrazione della sua unità clinica, ma questa parte anatomica sarà illustrata dal professor D'Amato):

1) *Macroscopici*: Fegato rimpicciolito, ma in certi casi (meno gravi o meno avanzati?) il fegato ha la grandezza normale od anche è ingrossato.

Consistenza aumentata, superficie esterna non liscia, superficie di taglio con granulazioni di varia grandezza; granuli circoscritti *irregolarmente* da connettivo più o meno vascolarizzato; spazi interlobulari evidenti in alcuni tratti.

Rami venosi sopraepatici stretti.

Vena porta dilatata fino alle radici.

Presenza o meno di circolo venoso collaterale.

Ittero assente o presente in tutti i gradi di intensità.

Presenza assai costante di liquido libero nella cavità peritoneale.

Tumore di milza assente o presente fino ai gradi massimi.

Ghiandole linfatiche periportali tumefatte per linfoadenite acuta o raggrinzate per linfoadenite cronica.

Peritonite ed omentite cronica.

2) *Microscopici*: lobuli epatici non manifesti e sostituiti da granulazioni di grandezza varia o da isole di cellule epatiche, con irregolare delimitazione da connettivo.

Ordine dei vasi sanguigni intralobulari spostati (è discusso se si possano ammettere fra le cirrosi le forme nelle quali è conservata l'architettura lobulare ordinaria: ove manchi cioè l'« Umbau » dei tedeschi).

Capillari intralobulari ridotti, scomparsi, o contenenti sangue proveniente solo dai vasi arteriosi (cioè sangue nutritizio e non funzionale).

Vasi portali interacinosi con processi flebitici più o meno spiccati.

Vasi arteriosi interacinosi integri. Capillari arteriosi dilatati.

Vasi biliari intralobulari normali (manca allora l'ittero, o iniettati di bile (quando c'è l'ittero).

Vasi biliari interlobulari notevolmente aumentati per processi proliferativi e rigenerativi; in alcuni casi, pericolangite più o meno manifesta.

Cellula epatica integra o atrofica o degenerata.

Sistema delle Gitterfasern aumentato.

Non si conoscono alterazioni dell'apparato reticolo-endoteliale.

Milza con modificazione del reticolo, consistente sopratutto in una sclerosi della polpa (sclerosi polpare ipertrofica di Gauckler), fino alla fibroadenia.

Peritoneo con processi di ispessimento e raggrinzamento.

Metaplasia rossa frequente del midollo delle ossa lunghe (femore).

L'ordine di comparsa di queste lesioni è controverso: l'alterazione fondamentale *caratteristica ed individualizzatrice* è la lesione del sistema della vena porta: è essa che permette di parlare di cirrosi, e senza di essa non si deve ritenere, anche

(1) Per facilità d'esposizione viene trattata prima la parte clinica in senso proprio e poi la etiologica.

se concorrano molte altre delle lesioni descritte, che il processo sia cirrotico: se anche il carattere del disordine dell'architettura lobulare («Umbau») viene ritenuto, come vuole Kretz, indispensabile, noi abbiamo così *due* caratteri anatomici specifici che, insieme con i generici, i quali si aggruppano, per di più, in modo abbastanza costante, permettono di riconoscere con sicurezza la forma morbosa.

c) Dati clinici. — Anche della sintomatologia clinica della cirrosi (nota ed amplissima), sono desumibili caratteri fondamentali e propri della malattia: la progressività del decorso, il modo di aggrupparsi dei sintomi, e la immancabilità di alcuni di questi, specialmente di quelli a carico del sistema portale.

Si può schematizzare la forma tipica, così:

uno stadio iniziale, impropriamente detto preascitico ed erroneamente detto precirrotico: è fatto da sintomi vaghi e di probabilità. Questo stadio è difficilmente diagnosticabile e quindi pochissimo conosciuto;

uno stadio di malattia conclamata (quindi diagnosticabile) distinto in:

sintomi precoci: malessere, stanchezza, inappetenza, dimagramento, dolori osteo-muscolari diffusi, dolenzia addominale, diarrea, febbre (questa non manca quasi mai, a volte insorge improvvisa in mezzo all'apparente benessere, dura pochi o molti giorni, alta o bassa), emorragie, soprattutto epistassi ed emorroidi, edemi;

sintomi di stato: essi sono a carico dello stato fisico del fegato (l'organo è impicciolito, ma a volte aumentato); a carico dello stato funzionale del fegato (ittero presente od assente, tutti i gradi dell'insufficienza epatica); a carico della circolazione portale (con varie manifestazioni); a carico della cavità addominale (versamento presente, di tutti i gradi); a carico di organi a distanza;

uno stadio terminale: insieme ai sintomi della insufficienza epatica e cardiaca in tutte le loro forme, entrano in campo gravi turbe di tutti gli organi ed apparati.

Il quadro così descritto autorizza clinicamente a individualizzare un'entità morbosa. Restando limitati ad esso si ripristina in modo corretto la forma classica della malattia, nella sua espressione pura, e comprendente tutte le varietà cliniche di transizione od estreme.

II. *Unicità della cirrosi epatica o pluralità di forme.* — Nei caratteri esposti rientra tutta l'entità morbosa o solo una sua forma? Ovvero anche, per l'aggrupparsi in modo costante e definito di alcuni di tali dati, devesi parlare se non di forme distinte, almeno di varietà separabili?

La cirrosi epatica viene oggi considerata: o con criterio unicistico (sopratutto vi aderiscono gli autori tedeschi moderni), ammettendo una sola forma di malattia, o con criterio pluralistico, dividendo la cirrosi in due forme (portale e biliare) oppure in tre forme (portale o venosa o atrofica, biliare o ipertrofica, e mista).

Noi affermiamo che la cirrosi epatica è una malattia unica, con le variazioni che ogni quadro morboso (anche il più netto come la polmonite o il tifo o la tubercolosi polmonare) presenta, senza che simili variazioni possibili abbiano diritto ad essere individualizzate per loro conto.

La dimostrazione di tale concezione è, più che in linea diretta, facile *per exclusionem*, partendo cioè dall'esame delle forme del gruppo nato in secondo tempo dal ceppo della cirrosi: le cirrosi ipertrofiche biliari. Queste comprendono, analiticamente: 1) le forme descritte da Hanot; 2) le cosiddette cirrosi biliari da ostruzione; 3) molte forme imprecise, ascritte a questo gruppo sopratutto per il fatto della presenza di fegato grosso, splenomegalia e ittero. Ora bisogna notare che: le forme del numero 1) è discutibile se appartengano alla cirrosi (v. appresso); noi le dobbiamo, almeno provvisoriamente, separare col nome di « Malattia di Hanot »; le forme del numero 2) per accordo quasi universalmente accettato vengono oggi più correttamente interpretate come epatiti, aventi caratteri propri, ma non cirrotici; le forme del numero 3) vedremo che finiscono col rappresentare o cirrosi comuni con ittero ed epatosplenomegalia (quasi sempre le diagnosi cliniche di cirrosi ipertrofiche biliari vengono dall'anatomopatologo, rettificate in tal senso o al massimo etichettate come « cirrosi miste ») o forme non cirrotiche (sopratutto colangitiche o da epatiti infettive).

Per la dimostrazione *in linea diretta*, l'analisi dei caratteri attribuiti alle cosiddette forme biliari ipertrofiche dimostra che nessuno di essi è tale, da conferire specificità di gruppo a sè.

Caratteri etiologici: l'agente causale è ignoto per tutte le cirrosi quindi non può invocarsi come carattere distintivo; l'alcoolismo per sè non manca nell'etiologia delle cirrosi biliari.

Caratteri anatomopatologici: la distinzione fondamentale antica circa la disposizione del connettivo (anulare, multilobulare e interlobulare oppure insulare, monolobulare ed infralobulare) è caduta.

Oggi si sa che, indifferentemente, tutta la gamma delle lesioni istologiche (cellulari, interstiziali, canalicolari, vascolari) si ritrova tanto nelle forme cosiddette ipertrofiche quanto nelle atrofiche. Il segno dato come differenziale, cioè che i capillari biliari siano più lesi nelle forme biliari, è dovuto all'aver compreso, impropriamente, nel gruppo i casi di fegato grosso, con ittero, da infezione biliare (colangite lenta, colangite di Naunyn, colangite da occlusione, epatiti infettive ipertrofiche); lesioni identiche dei capillari si ritrovano anche quando una colangite si sviluppa nel decorso della cirrosi atrofica.

Caratteri clinici: nessun dato clinico differenziale esiste fra i due gruppi, nè alcuna forma clinica di passaggio è ignota. I caratteri clinici dati come propri delle forme ipertrofiche sarebbero: la grandezza dell'organo (ma non è esclusiva di queste forme e per di più si vedono avvenire sotto gli occhi passaggi dal fegato iper-

trofico all'atrofico, con tutti gli attributi clinici concomitanti); l'ascite scarsa o mancante (ma può mancare anche nelle forme atrofiche, come vi sono forme tipiche biliari con ascite abbondante); la presenza dell'ittero (ma si può avere anche e in tutti i gradi nella forma atrofica).

Mancano dunque le basi per la individualizzazione delle cirrosi biliari come gruppo a sè: la cirrosi epatica, malattia bene individualizzata, va considerata unicisticamente.

5. *Etiologia generale e speciale. Individualizzazioni nosologiche.* — Alla cirrosi epatica genuina assegnammo la caratteristica di avere etiologia ignota (criptogenetica). Dimostreremo che dei momenti causali addotti, nessuno ha la proprietà di produrre, *ex se*, la malattia: qualcuno può favorirne lo sviluppo; ma per lo più questi agenti noti producono alterazioni epatiche bene distinte, la cui comprensione nel capitolo delle cirrosi è una delle fondamentali cause di confusione in materia.

FATTORI TOSSICI. — A) *Tossicosi esogene*:

1) *L'alcool* ha occupato ed occupa nella gerarchia delle cause della cirrosi un posto a sè.

Le ultime ricerche non hanno portato nulla di decisivo da aggiungere agli studi noti ed al noto dissenso sulla sua azione.

Si era considerato come un largo esperimento clinico il « regime secco » istituito negli Stati Uniti d'America. La statistica di Miller porta infatti una impressionante caduta del numero dei cirrotici ricoverati a Chicago, che da una media costante annuale di 150, scesero ad 89 nel 1918, 48 nel 1919 e 19 nel 1920; senonchè la prima forte diminuzione è avvenuta l'anno precedente alla promulgazione della legge, e Gottstein, ad Amburgo, ha visto la cirrosi scendere dalla percentuale di 26 nel 1913 a 2 nel 1923 (scarsezza di alcool durante la guerra?). La statistica non ha portato niun lume nuovo. Nei miei ammalati l'alcoolismo figura in circa il 60 % dei casi.

La patologia sperimentale nonostante i fallimenti precedenti (cfr. le osservazioni di D'Amato nel 1907) ha di nuovo tentato di riprodurre la cirrosi dando l'alcool agli animali. Nessun risultato definitivo: i quadri sperimentalmente riprodotti non sono quelli cirrotici nel senso della clinica umana.

Le conclusioni sull'alcool ci sembra siano da formulare così: l'alcool non è la causa, nè unica, nè diretta, nè necessaria della cirrosi epatica. È indiscutibile l'alta percentuale con cui l'intossicazione alcoolica si ritrova fra i cirrotici, ma è del pari indiscutibile che se gli alcoolisti sono preponderanti fra i cirrotici, questi sono in infima minoranza fra gli alcoolisti. Altri fattori devono intervenire per lo sviluppo della cirrosi; io ritengo che essi siano di due ordini: l'uno rappresentato dalla predisposizione organica secondo le leggi generali della biopatologia, e l'altro da un momento, verosimilmente infettivo, secondo la dimostrazione dell'obbiettivismo clinico (veggasi appresso).

L'alcool ha un posto dominante perchè: *a*) è uno dei tossici più diffusi e più lungamente usati fra gli uomini; *b*) possiede di per sè la proprietà di ledere la vitalità della cellula epatica (steatosi alcoolica) e di portare disturbi circolatori e sclerosi connettivali; *c*) data la via d'introduzione lede il tubo digerente e ne modifica i poteri di assorbimento e di eventuale difesa e quindi solo o insieme ad altre *noxae* arriva al fegato per via portale.

2) *Altre tossicosi esogene, oltre l'alcool.* Una larga produzione di studi si è avuta al riguardo: dai prodotti affini all'alcool (acido butirrico, valerianico, eteri, ecc.) ai lontani (manganese, rame, senecifolina, ecc.), tutti furono indagati, tanto dalla patologia umana quanto dalla sperimentale.

Nessun dato conclusivo. È recente il tentativo di spostare l'azione dei tossici cirrogeni dal fegato al sangue, ammettendo che le alterazioni primitive siano prodotte nel sangue e perciò i veleni cirrogeni siano veleni ematici (l'alcool stesso, il cloroformio, l'idrazina, la fenilidrazina, il rame che formerebbe il cupro-emolo, ecc.); in tal senso, sempre con l'intermezzo ematico, condurrebbero alla cirrosi la policitemia, la malaria, gli itteri emolitici, ecc.

Questi concetti non hanno condotto, almeno a tutt'oggi, a nessun risultato dimostrativo: ricordare d'altronde nella cirrosi l'integrità della via arteriosa che dovrebbe essere in tal caso quella battuta dal sangue alterato!

B) *Tossicosi endogene.* — I veleni endogeni prodotti dall'alterato ricambio sarebbero causa delle cirrosi chiamate gottose, diabetiche, ecc.; ma queste sono o le alterazioni bene determinate del fegato prodotte da queste malattie, ed allora non sono cirrosi, o vere cirrosi in malati di ricambio (forse le due affezioni dipendono dagli stessi fattori, come l'eccesso alcoolico, ecc.). Si è abolita la forma di cirrosi bronzina, che viene più correttamente a costituire la sindrome detta emocromatosi. Molte glicosurie dei cirrotici non sono diabetiche ma verosimilmente epatiche. Nei cirrotici puri io non vidi mai diabete nè glicosuria spontanei.

Però le nozioni della sinergia epatopancreatica, la frequenza di alterazioni del pancreas nelle cirrosi (50 % sec. Chvostek) e alcuni dati clinici bene accertati (anche al di fuori dell'ipotesi pancreatogena, o diabetica in senso più lato della cirrosi), consigliano di meglio indagare questo paragrafo.

Circa i veleni intestinali, la cirrosi così detta di Budd è spiegabile colle spezie come tossici e non con i disturbi dispeptici da esse prodotti. La cirrosi dispeptica genuina non è dimostrata: i disturbi digestivi, il più delle volte, sono conseguenze della vera cirrosi già in marcia.

È nondimeno degno di ulteriore studio lo stato del canale digerente nei cirrotici, perchè (oltre che per l'alcool) esso può rappresentare la porta di entrata della eventuale « noxa cirrogena ».

Io ho constatato pressochè sempre nei cirrotici genuini iniziarsi il quadro con diarrea e disturbi

gastrici vari (agente tossico ed infettivo, che si localizza nel tubo digerente? penetrazione attraverso le diminuite resistenze della mucosa?).

FATTORI INFETTIVI ACUTI E CRONICI. — A) *Malattie infettive acute.* — Tutte le malattie acute sono state indicate come capaci di condurre allo sviluppo di una cirrosi epatica: ma di nessuna è stata data la dimostrazione.

B) *Malattie infettive croniche.*

1) *La tubercolosi*: da essa deriverebbe la cosidetta cirrosi tubercolare, di cui si distinguono perfino varie forme: l'atrofica, l'ipertrofica semplice, la diffusa di Gilbert e Courmont, la grassa di Sabourin, la cirrosi tipo Hanot-Gilbert, ecc. Ma la cirrosi tubercolare è dimostrata?

Quando il b. di Koch si localizza nel fegato dà lesioni tipiche (dal tubercolo alla caverna) che devono chiamarsi tubercolosi epatica e non cirrosi.

Quando la tubercolosi si localizza al di fuori del fegato, può indurre in questo alterazioni parenchimatose (dal semplice rigonfiamento torbido alla necrosi da coagulazione, all'infiltrazione grassa, all'amiloidosi). Ma neanche tali quadri, sopratutto dal punto di vista anatomico, rappresentano la cirrosi.

I casi, ai quali l'espressione cirrosi tubercolare potrebbe applicarsi, sono quelli in cui coesistono anatomicamente e clinicamente, la tubercolosi e la cirrosi vera; ma essi vengono più giustamente così interpretati:

1) come sviluppo di localizzazioni tubercolari (anche di semplici bacilli riscontrabili all'inoculazione di succo epatico negli animali) in un fegato preda di cirrosi epatica; o, se le localizzazioni specifiche sono solo extraepatiche, come sviluppo di tubercolosi in un individuo già affetto da cirrosi genuina;

2) come sviluppo di cirrosi genuina in infermi di tubercolosi polmonare.

Obbiezione alla prima interpretazione potrebbe essere l'ipotesi che siano stati i bacilli tubercolari, che si ritrovano nel fegato, a sviluppare primitivamente la cirrosi: manca ogni prova di questa capacità bacillare: non basta a farla ammettere la enunciazione della possibilità di una aumentata resistenza dell'organo o di una diminuita resistenza di germi. D'altra parte è assodata la facilità con la quale i cirrotici si infettano di tubercolosi (anergia epatica?).

Obbiezione alla seconda interpretazione, potrebbe essere l'affermazione che quando esistono già lesioni specifiche tubercolari di un organo qualsiasi, partano da queste le tossine fibrogeniche, che diano la cirrosi.. Questa azione fibrogenica del b. di Koch, se ammissibile per il polmone, non è stata mai dimostrata per il fegato. D'altronde la cirrosi è rarissima fra i tubercolosi.

Nè la prova, che della natura tubercolare della cirrosi si vorrebbe oggi dare per via clinica, fondata cioè su dati citologici del liquido ascitico e sierodiagnostici (prova di Arloing e Courmont, inoscopia, ecc.), sfugge alla più semplice critica. Sicchè resta il fatto clinico della possibilità dell'associazione indipendente di cirrosi e tubercolosi, resta la frequenza constatata dello sviluppo della tubercolosi nei cirrotici, ma inversamente, non esiste alcuna prova per ammettere l'esistenza di una cirrosi epatica *tubercolare*.

2) *La sifilide*: le lesioni specifiche sifilitiche del fegato, se non sempre riconoscibili dal clinico, sono sempre nette per l'anatomo-patologo (v. per es. lavori di Dionisi), che le distingue col nome di epatiti sifilitiche dalle cirrosi genuine.

Quando una cirrosi *vera* si sviluppi in un luetico bisognerebbe provare che siavi una dipendenza etiologica per ammettere l'affermazione clinica di cirrosi sifilitica.

È provato che la sifilide in sè possa dare la cirrosi?

Non credo, quantunque si insista da più parti per ammetterlo, sino ad affermare che la cirrosi oggi diminuisce perchè si cura meglio la sifilide (Villaret, Bernard, Blum, ecc.).

Ma quali prove si danno? Le cliniche sono solo apparenti (sono fondate su casi *imitanti* la cirrosi, come dice Rolleston).

Le prove di laboratorio non sono univoche: la WR. può essere positiva negli epatopazienti non luetici (Dresen pubblica quattro casi di cirrosi con WR positiva, i quali non lasciarono riscontrare alcun segno di lues all'autopsia).

Le prove terapeutiche, e sopratutto i benefici ottenuti col cianuro di mercurio, oltrechè con i notoriamente facili errori diagnostici, possono interpretarsi con l'associazione cirrotico-luetica: (il cianuro di mercurio per l'azione diuretica può migliorare di per sè l'ascite: in cirrotici non sifilitici noi non abbiamo mai avuto benefici dal cianuro di mercurio).

Che la sifilide dia la cirrosi vera, di per sè, dunque non è dimostrato.

3) *La malaria.* È vivo, e forse ancora insanabile, il dissenso tutt'affatto italiano, sulla esistenza o meno della cirrosi malarica.

È possibile l'accordo mettendoci sulla base della realtà obbiettiva? è cioè dimostrato che la malaria, per sè sola, dia la cirrosi epatica? Dal punto di vista anatomico, dopo le ricerche di Marchiafava e Bignami, Guarnieri, Dionisi, « sono addirittura crollate le basi anatomiche che la cirrosi derivi dalla malaria » (Ascoli); nè le idee anatomiche della scuola romana sono state mai inficiate.

La cirrosi malarica infatti è sostenuta sopratutto su dati clinici, mediante l'apporto di casi, nei quali *la sola malaria* figura negli antecedenti dei cirrotici esaminati.

Ma le statistiche, sempre infide, per di più in quest'argomento non provano nulla, perchè ne esistono di perfettamente opposte. D'altronde segni clinici differenziali, o criteri terapeutici specifici, non sono, che io sappia, stati mai affermati.

Invece si sa che esistono quadri, simulanti la cirrosi genuina, dati dalla malaria (per peritonite, epatite palustre, piletrombosi, cachessia, ecc.): non di rado i malarici sono anche alcoolisti; nessuno

può negare infine che la cirrosi e la malaria possano coesistere indipendentemente.

Gli autori stranieri rigettano concordemente la idea della cirrosi malarica.

Nel nostro materiale di studio la malaria in nessun caso potè entrare in questione: in un nostro caso di cirrosi, all'ospedale di Modena fu trovata l'epatosplenomegalia, cui seguì rapidamente l'ascite, l'anno prima che l'infermo s'infettasse di malaria.

A tutt'oggi mancano dunque le prove dell'esistenza della cirrosi malarica.

LE CAUSE MECCANICHE E LA STASI. — Sono state descritte cirrosi meccaniche, per arrivo al fegato di particelle di carbone, ferro, silice, ecc.; lo stesso pigmento malarico è stato in tal senso da alcuni considerato. Le alterazioni sclerotico-irritative prodotte da queste cause meccaniche si comprende come non abbiano nulla di comune con la vera cirrosi epatica. È da rigettare nettamente l'espressione, che aumenta inutilmente il confusionismo.

Nella cosidettà cirrosi idatidea si tratta ancora di semplici fenomeni di compressione diretta, e di lesioni per stasi sanguigna o biliare prodotte dalla presenza della cisti.

Nè appartengono alla cirrosi, sia dal lato clinico che pel reperto anatomico, le alterazioni indotte nel fegato per difficoltato scarico venoso, da stasi cardiaca (cosidetta cirrosi cardiaca), da pericardite o da stenosi delle vv. sovraepatiche (cirrosi pericarditica di Pick, cirrosi di Curschmann).

La stasi biliare ostruttiva, dipendente in genere da calcoli, dà luogo a fenomeni regressivi e proliferativi nel fegato, che sono ancora da alcuni (compreso Rolleston) accettati come una verità della cirrosi ipertrofica, col nome di cirrosi biliare da ostruzione; ma si tratta di alterazioni da compressione cellulare per stasi o da infezione colangitica: e come tali evolvono clinicamente; fra l'altro, cessando la causa cessa la sofferenza epatica e si manifestano subito i processi di riparazione, fin dove sono possibili.

Tutte queste forme sono già state correttamente, dai più, stralciate dalle cirrosi e vengono oggi considerate secondo la loro vera natura.

Infine le flogosi peritoneali e periepatiche, affondandosi nel tessuto connettivo — per i noti rapporti fra peritoneo, capsula e connettivo interacinoso — possono dar luogo per propagazione flogistica o anche per stasi, a quadri clinici e anatomici che *ricordano semplicemente la cirrosi*: ma che ne vanno nettamente separati.

LE CAUSE NERVOSE. — Dopo la memoria, nel 1912, di Wilson (questi stesso ricorda però i suoi predecessori) che descrisse quattro casi di associazione di lesioni del corpo striato con una speciale alterazione epatica chiamata cirrotica, sono state descritte le stesse lesioni epatiche nella pseudo-sclerosi di Westphal e Strümpell, nello spasmo con torsione, nella atetosi doppia, nel parkinsonismo postencefalitico.

Se questo nuovo capitolo è in pieno studio e le interpretazioni di sede e di natura delle lesioni gangliari sono mutevoli, per fortuna le lesioni epatiche, che accompagnano queste forme, sono descritte sempre nello stesso modo, e precisamente come fegato atrofico, con superfice a grossi nodi, zone iperplasiche e tralci connettivali. L'istologia ne è poco studiata; ma pare assodato che si tratti di processi di degenerazione (necrosi) e rigenerazione, a carico di quasi tutte le formazioni costitutive del fegato; mancherebbero segni flogistici e proliferativi del connettivo e dei vasi biliari.

Il quadro anatomico dunque non è della cirrosi vera, ma ricorda quello delle atrofie gialle a decorso subacuto e subcronico (v. appresso).

Clinicamente si deve parlare ancora meno di cirrosi: l'alterazione epatica di queste forme ha la caratteristica di non dar segni *in vivo*: manca ogni sintomo a carico del sistema venoso portale. (Un solo caso è registrato con ascite transitoria. Un ittero fugace risulta solo nel quarto caso di Wilson, l'unico non seguito da autopsia).

La cirrosi nelle malattie dei gangli della base (reperto anatomico e non clinico!) va considerata dunque quale un'epatite sclerotica a grossi nodi clinicamente muta: sulla sua spiegazione abbondano solo le ipotesi.

Che poi le malattie del sistema nervoso possano dare la cirrosi genuina non è provato.

Riassumendo, mi sembra si possa giungere a dimostrare quanto si premetteva, cioè che *la cirrosi epatica non è in dipendenza diretta ed assoluta di nessuna causa nota. Essa insorge, probabilmente, per un triplice momento etiologico: predisposizione, fattore coadiuvante (alcool in prima linea), fattore speciale (specifico infettivo?).*

Onde, in sintesi, il vasto e complicato capitolo odierno de *le cirrosi epatiche* dovrebbe essere, in base ai dati già saldamente acquisiti e alle fondamentali concezioni cliniche, scisso nelle forme schematizzate nel quadro seguente (il quale è un semplice tentativo di riordinamento nosologico e non una nuova classificazione!).

I. Cirrosi epatica propriamente detta (comprende la fondamentale forma detta atrofica, le forme chiamate miste ed alcune forme ingiustificatamente passate ad ingrossare il gruppo « biliare ipertrofico »).

II. Malattie speciali provvisoriamente in rapporto colla cirrosi: 1) Malattia di Hanot (comprende le forme originali di Hanot, correttamente interpretate); 2) Malattia di Banti (comprende le forme originali di Banti correttamente diagnosticate).

III. Epatiti degenerativo-sclerotiche croniche, impropriamente dette cirrosi (per le quali si propone di abolire questo nome): 1) da tossicosi esogene (cosiddette cirrosi da fosforo, piombo senecio, ecc.); da tossicosi endogene (cosiddetta cirrosi dispeptica, gottosa, ecc.); 2) da infezioni acute (forme colangitiche, fegato infettivo ipertrofico, ecc.); da infezioni croniche (cosiddette cirrosi tubercolare, sifilitica e malarica); 3) da cause meccaniche (cosiddetta cirrosi da compressione); 4) da stasi sanguigna (comprende la cirrosi cardiaca e la pseudocirrosi pericarditica); da stasi biliare (cosiddetta cirrosi biliare da occlusione); 5) da propagazione

diretta (da cirrosi consecutiva a periepatite); 6) in associazione con malattie nervose (comprende la cosiddetta cirrosi della malattia di Wilson, di Westphal-Strümpell, e delle altre sindromi striate).

PARTE CLINICA.

Guardando la tabella schematica, si vede che delle forme appartenenti al III gruppo (epatiti impropriamente ascritte fra le cirrosi) è stato già parlato (sopratutto insieme coll'etiologia, non essendo possibile scindere etiologia, anatomia patologica e clinica).

Resta quindi da trattare la clinica delle forme speciali (malattia di Hanot, malattia di Banti) e della cirrosi epatica propriamente detta.

6. *Forme speciali.*

1) *Malattia di Hanot.* Alla tesi di Hanot: « Étude sur une forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique (1875) », risale la maggiore responsabilità dello scisma nel campo della cirrosi epatica (essendosi creato per essa il gruppo delle cirrosi epatiche ipertrofiche biliari).

È vero che Hanot avverte di « descrivere solamente una varietà di cirrosi ipertrofica » (1), intendendo con questa parola un'affezione epatica che con la malattia di Laënnec non ha che *rapporti lontanissimi* », ma, dopo, egli stesso allargò o permise (e gli è stato rimproverato) che si allargasse il concetto originale.

Abbiamo visto che quasi tutte le forme, che sono infine venute a costituire il sempre indeciso gruppo delle cirrosi biliari ipertrofiche devono avere altra interpretazione. Resterebbero, del gruppo, rivedute e corrette, quelle cui alludeva Hanot.

Noi proponiamo di indicarle, per ora, col nome di malattia di Hanot (con minore diritto si indicano con nomi di autori complessi morbosi egualmente instabili o provvisori), ricordando che la parentela colle cirrosi è solo approssimativa come Hanot stesso affermava.

La malattia di Hanot è, secondo le corrette interpretazioni, individualizzata da:

etiologia: imprecisa, forse infettiva;

caratteri anatomici: Integrità assoluta, costante, di tutto l'apparato vascolare interlobulare (vena porta, vene sovraepatiche, capillari, arteriosi) e quasi costantemente anche dell'apparato vascolare intralobulare. Integrità assoluta dei capillari biliari interlobulari, secondo Kretz, il quale esclude dal gruppo — e giustamente — i casi con *colangitis capillaris*.

Struttura del lobulo epatico conservata.

Scarse produzioni di connettivo, con poca tendenza alla sclerosi. Il sistema delle *Gitterfasern* è particolarmente interessato.

Ipertrofia (costante?) della cellula epatica;

caratteri clinici: Soggetti piuttosto giovani; decorso lentissimo.

Fegato e milza sempre grandi.

Ittero cronico presente, non occlusivo.

Mancanza assoluta di ascite e di ogni alterazione nel dominio portale e sovraepatico.

Scarsi segni di insufficienza epatica.

Importante e difficile è sempre la diagnosi differenziale netta con tutte le forme già ascritte al gruppo delle cirrosi ipertrofiche biliari, e soprattutto con le colangiti croniche e specie le forme lente.

La individualizzazione della Malattia di Hanot, così precisata, è bene solida: certo è rarissima; se molti ne negano l'esistenza, se anatomopatologi illustri come Chvostek o Dionisi dicono di averla vista « una sola volta », o, come Sternberg, di non averla mai vista, io credo che, a tutt'oggi, debba essere conservata, diagnosticata solo quando si riscontrano i rigorosi caratteri assegnatile, e ognora meglio indagata.

La diagnosi clinica è sempre di probabilità (e di probabilità d'errore!); la diagnosi di certezza è solamente anatomica.

La sorte di questa forma morbosa nell'avvenire non può essere oggi preveduta.

2) *Malattia di Banti.* Non meno discussa della precedente, ma fortunatamente meno insidiata da forme, che la simulano: difficile a distinguere dalle cirrosi comuni propriamente dette, dagli itteri emolitici e da alcune anemie. Impossibile discuterla in poco spazio.

Sono noti i caratteri anatomici e clinici che le vengono assegnati: ma anatomicamente nessun carattere è risultato specifico, nemmeno la fibroadenia.

Clinicamente possono aver carattere differenziale la successione degli stadi, come fu fissata da Banti, e il successo della terapia chirurgica fatta a tempo. Quest'ultimo (e forse principale) carattere, fornito dalla splenectomia, i negatori della malattia interpretano invece come puro beneficio della laparotomia, in quanto produce vie collaterali (se sono coloro che l'avvicinano alla cirrosi) o come prova che si tratti di ittero emolitico.

Allo stato attuale della questione, così ampia, così ricca di argomentazione, noi, senza addentrarci in disquisizioni speciali, proponiamo di mantenere la forma, intesa però nel senso ristretto di Banti, finchè decisioni non saranno possibili in base ad ulteriori studi.

7. *Note cliniche sulla cirrosi epatica propriamente detta.*

La *cirrosi epatica è malattia locale o generale o costituzionale?* Che un fattore organico debba preparare o favorire l'avvento della cirrosi bisogna ammettere per spiegarne l'insorgere in determinati individui (o, se si vuole, in determinati alcoolisti): esso è rappresentato dalla *predisposizione*, locale o generale.

Ma è la cirrosi una malattia generale nel senso che questa parola ha in clinica moderna?

Se per tassinomia convenzionale la cirrosi si mette strettamente tra le malattie del fegato, non mancano dati per fare ammettere che essa sia

(1) Erano allora recenti le osservazioni, che avevano fatto rumore, delle cirrosi laënnecchiane con fegato ingrandito; per questo carattere Hanot riallacciò appunto alle cirrosi i suoi casi.

un'affezione generale, pur non esagerando fino a sostenere che la localizzazione epatica sia soltanto epifenomenica.

Quanto alla sua natura costituzionale è asserita solo da alcuni. Chvostek, analizzando un per uno tutti i dati della cirrosi epatica (anzi delle cirrosi epatiche secondo la comprensione corrente) conclude per l'esistenza di una alterazione organica generalizzata, connessa con una « discrasia connettivale »; le idee di Chvostek sono un tentativo di interpretazione, ma abbisognano di ulteriori dati per essere dimostrate. Oggi non fanno che spiegare *ignotum per ignotum*.

Le ricerche di Goldzieher sulle ghiandole a secrezione interna dei cirrotici non dànno risultati conclusivi. Io ho fatto studiare nei miei casi (Maselli) il sistema nervoso vegetativo, ma non è risultata nessuna particolare reattività farmacodinamica dei cirrotici.

Da alcuni si ritiene che la cirrosi sia effetto di una alterazione sempre primitiva del sangue (discrasia emorragica, emolisi fondamentale, ecc.) fino alla proposta di Bleicschroeder di ascrivere le cirrosi fra le emopatie, o alle idee di Eppinger sulla natura emolitica della cirrosi ipertrofica, e subordinatamente di tutte le cirrosi.

Sulla sintomatologia: I sintomi cardinali già furono esposti al principio; ma la sintomatologia completa della cirrosi è immensa.

Dall'esame di 60 casi personali ho potuto dedurre, come dati degni di rilievo:

La malattia in genere — trattisi di alcoolisti o no — presenta sempre *un momento bene preciso di inizio*, o per lo meno esplode sempre in modo che viene *nettamente fissato*, nel tempo, dal paziente: ciò rilevai con impressionante costanza dall'esame non solo dei casi da me personalmente raccolti, ma di diecine di storie raccolte in anni diversi e da osservatori i più disparati. Il quadro d'inizio, a differenza di quanto si suole scrivere, non di rado colpisce gli infermi *in pieno benessere* e in mezzo alle loro abituali occupazioni (se alcoolisti, gli infermi avevano sopportato benissimo il tossico per decenni !). E da questo momento la malattia — tanto se comincia con fegato grande o piccolo, con ittero o senza, con ascite precoce o tardiva — evolve con rapidità più o meno grande, più o meno continua, con soste o remissioni a volte così lunghe da far perfino parlare di arresti definitivi del processo morboso, ma in maniera *fondamentalmente* progressiva. I sintomi iniziali sono, in 3/4 dei casi da me seguiti, rappresentati da un gruppo di sofferenze che sono pressochè sempre le stesse e *nello stesso modo aggruppate*: malessere, stanchezza, nausea, non di rado precoci emorragie (epistassi, ematemesi, melena) sul momento inesplicabili; quasi immancabilmente s'accompagna febbre, a volte improvvisa e violenta per 3-4 giorni, a volte lieve o lunga o a riprese. Molto spesso il periodo febbrile, da solo, precede tutti i sintomi, che compaiono soltanto al cadere della piressia. Presto s'aggiungono al quadro dolori addominali imprecisi, diarrea, edemi. In genere la febbre scompare per non ripresentarsi più fino alla morte se non vi sono complicazioni (eresipela, angiocolecistiti, ecc.).

Il sintomo che più d'ogni altro rappresenta la continuità della sofferenza, è la diarrea, con modici dolori addominali: subito, od entro qualche settimana o qualche mese l'infermo avverte, o il medico trova, l'aumento del volume dell'addome; e, sempre, il reticolo venoso. La diagnosi viene fatta per lo più nel momento dell'ascite: lo stato preascitico non viene riferito alla cirrosi già in atto e in marcia; ma si riesce a colpirlo quando si è prevenuti. Nessun dato clinico dice se prima del suddescritto inizio, la malattia esistesse e sotto quale forma. Sono note le alterazioni cirrotiche trovate da chirurghi o anatomopatologi « accidentalmente »; ma non risulta se in questi casi esistevano i segni, che avessero dovuto e potuto autorizzare a formulare già la diagnosi.

Questo modo d'iniziare netto, con febbre e determinati sintomi fa suggestivamente supporre che la malattia cominci solo per l'entrata in azione, in un dato momento, di una causa nuova, speciale.

È questa causa di natura infettiva? La febbre e il turbamento dello stato generale (dolori ossei, debolezza, diarrea) inducono a sospettarlo. Dove risiede? Gl'infermi lamentano i primi disturbi a carico dell'intestino; d'altronde l'anatomia patologica e la clinica insegnano che se c'è una noxa, questa — insieme con l'alcool o senza, favorita o no da questo o da altri tossici — dovrebbe arrivare al fegato per via portale; quindi l'intestino potrebbe essere la probabile sua porta d'ingresso.

Non posso dilungarmi sulla trattazione dei singoli sintomi: del resto, al di fuori della patogenesi (e questa spetta al mio correlatore) non c'è nulla di nuovo.

Sono interessanti soprattutto i problemi circa l'insorgenza dell'ascite, dell'ittero, degli edemi. Saranno trattati nel lavoro per esteso. Ricordo solo l'importanza sintomatica che hanno gli edemi degli arti inferiori. Già autori antichissimi avevano parlato di *edemi epatici* differenziandoli da quelli *renali*. Tutto un gruppo di ricerche ha dimostrato e confermato che il tessuto del fegato, riassorbendosi, dopo autolisi, può portare ad edemi. Di un intresse di prim'ordine sono le modernissime ricerche sul posto che il fegato occupa nel ricambio dell'acqua (vedi Landau, von Pap, ecc.). Sotto l'influenza di abbondanti fleboclisi il fegato aumenta di volume, si inturgidisce, si indurisce. La diuresi (e quindi la restituzione dell'acqua, che il fegato ha immagazzinato per salvaguardare il sistema circolatorio da troppo bruschi aumenti di pressione!) segue in modo diverso se il fegato è sano o malato, e in modo particolarissimo nei casi di cirrosi. Questo studio è promettente di interessanti risultati.

Nella cirrosi la funzionalità epatica è sempre profondamente lesa: ma essa va ristudiata, secondo le nostre proposte, in base ad uno schema

clinico standardizzato, che provi tutte, o almeno le principali funzioni dell'organo.

Con la moderna concezione della cirrosi sono spiegabili le sindromi ittero-ascitiche improvvise di Fiessinger e Brodin, i bilanciamenti fra liquido degli edemi e liquido ascitico, i dati del ricambio del cloro e dell'urea, le emorragie con i diversi meccanismi, il coma epatico, ecc.

Argomento non nuovo, ma sempre assai degno di trattazione, è quello della diagnosi diretta e differenziale: ma non è possibile riassumerlo.

Sono riferiti nel testo della Relazione i dati dei lavori italiani di Maragliano, Viola, Gabbi, Zoia, Micheli, Breccia, Greppi, Basile, Fabris, D'Amato, Schupfer, Pietra, Ferrannini, Cardarelli, Castellino, Rossi, Barloccò, Antonelli, La Torre, ecc.

Un posto a sè, ed una trattazione lunga e speciale, merita la questione delle cirrosi atrofiche, che si sviluppano nei bambini. Ed ancora più interessanti ed oscure sono quelle forme che si vedono evolvere fra il 2° e il 10° anno di vita, con ittero cronico non occlusivo, grosso fegato, enorme milza, febbre irregolare, e che con tanta facilità si diagnosticano come « morbo di Hanot infantile ». Io ne ho osservati vari casi, di cui qualcuno morto ed uno splenectomizzato. È impossibile esporre le conclusioni al riguardo: giudico che non si tratti pressochè mai di m. di Hanot; sono forme con fisionomia clinica ed anatomica particolare, le quali, separate dalle cirrotiche vere e dalle forme semplicemente infettive, devono occupare un posto a loro nella nosologia (V. Relazione).

Rapporti fra la cirrosi epatica (epatite atrofica cronica) *e le atrofie gialle* (epatiti atrofiche acute). — L'eventualità di tali rapporti si è presentata solo recentemente, quando si sono scosse le classiche concezioni sulla atrofia gialla acuta del fegato. Anche questa è più che un'entità clinica, una sindrome nosografica: infatti se ne sono recentemente distaccate le forme ad agente noto (spirochetosi, itteri infettivi e simili), che hanno addirittura abbandonato le malattie epatiche per andare fra le malattie infettive.

Ma l'atrofia gialla da rarissima si è dimostrata frequente, da sempre acutissima è apparsa anche con andamento subacuto, subcronico e persino cronico (Seyfarth, Hubert, Kautsch, Ries e molti altri); da infallibilmente mortale si è vista capace di guarire (dopo Marchand sono segnalati casi di guarigione da più parti).

Ed allora, studiando i casi (anche con successive biopsie) a decorso subacuto e subcronico (da otto mesi ad un anno) si è visto che il quadro clinico dell'atrofia gialla acuta, oltre l'ittero può appartenere l'ascite, anche precoce (da uno a dieci litri secondo Seyfarth), nonchè un quadro anatomo-istologico di atrofia del fegato, che può far pensare molto alla parentela colla cirrosi.

Sono state allora rievocate le suggestive osservazioni di Paltauf sulla « cirrosi epatica atrofica a decorso acuto », e quelle documentate da Klewitz e Lepehne sulle « atrofie epatiche acute in fegati con cirrosi preesistente » (anch'io ne ho visto dei casi), e si è concluso che l'atrofia gialla acuta, dalla forma fulminante, possa passare con tutte le gradazioni, all'atrofia cirrotica vera e propria.

In questa strada io credo che si sia corso troppo; potrò documentarlo.

La recente esperienza, che sposta *ab imis* il concetto di atrofia gialla deve essere meglio e più a lungo vagliata e interpretata senza facili entusiasmi, ricordandosi che il fegato, in detti casi, ci presenta solo lo stadio *fissato dalla morte*.

Che qualche fattore comune, e per alcune determinate forme, unisca i casi acuti ai cronici è possibile: come è possibile che esistano cirrosi epatiche male interpretate, nel senso che siano forme lente di atrofie gialle acute, o viceversa.

Ma il reperto anatomico delle forme acute è quello della cosiddetta cirrosi a grossi nodi ed è quindi di per sè ben diverso dal quadro anatomo-istologico della cirrosi epatica genuina e si ravvicina a quello di altre epatiti subacute di cui alcune appaiono assai verosimilmente infettive (v. parkinsonismo postencefalitico e simili).

Come decorre la cirrosi epatica. Criteri di prognosi. Possibilità di cura. — Le idee sul decorso della cirrosi del fegato stanno seguendo la stessa strada fatta dalla nozione di tubercolosi polmonare. Quando si diagnosticava solo la tisi confermata, il decorso era breve, la prognosi fatale: ora si diagnostica anche la tubercolosi iniziale ed il concetto si è modificato.

La cirrosi atrofica può considerarsi come la tisi del fegato. Sforzi sempre maggiori tendono dunque a permettere la diagnosi degli stati preascitici; il terreno guadagnato è poco ancora, ma si può parlare già di decorso assai più lungo del classico.

La guarigione anatomica con *restitutio ad integrum* è impossibile.

Clinicamente sono segnalati arresti assai lunghi, tali da simulare persino la guarigione; un caso accertato di tal genere in soggetto alcoolista (che ebbe ascite, la quale regredì e circolo collaterale, che si è attenuato) io lo seguo da nove anni, ed è tuttora in ottime condizioni.

Ma i casi riportati come guarigioni definitive (che a volte richiesero estrazioni di 400 e più litri di liquido ascitico), possono essere tutti messi in dubbio.

La terapia ideale è quella precoce e profilattica.

Le cure mediche, a cirrosi conclamata, sono pressochè prive di risorse. Le vantate cure antiluetiche giovano nei casi in cui si tratta di epatiti luetiche o di vere cirrosi in sifilitici. Non dimenticare che il cianuro di mercurio ha azione diuretica e forse colagoga e anticolangitica, donde i benefici ottenuti.

Il cloruro di calcio contro il versamento ascitico non ha dato, nelle nostre mani, risultati specialmente favorevoli.

La ripresa del trattamento chirurgico nelle sue forme meno usate (laparatomia semplice, drenag-

gi sottocutanei di varie specie, fistola di Eck, ecc.) non ha dato risultati incoraggianti.

La provocazione di aderenze e di vie collaterali nuove, col metodo di Talma e Morison, è variamente giudicata. Sonvi entusiasti, che riportano molti nuovi casi di successo (J. W. Mayo, Mayer e Konigs, P. Fiori, G. Bruni, Pascale, ecc.); ma altri sconsigliano l'intervento nettamente (Ienkl, Umber, ecc.).

L'omentopessia, ad ogni modo, nelle sue forme varie, non arresta il processo cirrotico, quantunque, secondo alcuni, migliori la funzionalità epatica.

La splenectomia proposta da Eppinger riguarda le forme ipertrofiche; ma l'esame accurato del lavoro originale di Eppinger lascia vedere che i casi, sui quali egli la fece eseguire, sono tutti dubbiosi circa la diagnosi; comunque migliorarono anche poco e furono seguiti, al massimo, per un anno.

Non sappiamo quanto ci riservi l'esperienza di domani: oggi le posizioni della chirurgia non sono predominanti, specie considerando i pericoli derivanti dalla fragilità organica dei cirrotici.

Per la cirrosi *conclamata* (eccetto casi eccezionali o di arresto temporaneo del processo interpretato come guarigione) resta dunque a tutt'oggi, come un altro carattere distintivo, la progressività, sia pure lentissima, del decorso sino all'esito infausto, con l'impossibilità di arrestarla mediante le cure.

8. Ricollegandosi alle premesse, resterebbe la *definizione*.

De *le cirrosi epatiche*, dopo la separazione delle forme, che non rientrano fra esse, e delle malattie speciali, resta una sola forma, primitiva e fondamentale, cui spetti « sensu strictiori » questo nome: *la cirrosi epatica*.

È un'entità nosografica, da cui il progredire delle conoscenze, in un domani, forse non lontano, separerà tipi individualizzati; ma è pur sempre, così distinta, un'entità morbosa a sè, che può essere definita: epatite cronica degenerativa, proliferativa e sclerotica, caratterizzata da mancata conoscenza della causa etiologica diretta (cui si sostituisce la nozione cause predisponenti o favorenti), da presenza di caratteri anatomici e clinici bene definiti, da progressività continua di decorso e da negatività di terapia diretta e specifica.

27 Ottobre 1925.

Seduta pomeridiana.
Presidenza: ZOIA.

Comunicazioni sulle cirrosi epatiche.

FORTUNATO (Napoli). — *Sulla patogenesi delle cirrosi.* — In rapporto alla teoria di Eppinger l'O. afferma che essa può bene spiegare il concetto di costituzionalità nella patogenesi delle cirrosi. Egli pensa che l'enorme aumento di cellule plasmatiche e di mastzellen possa spiegare facilmente l'origine di uno speciale tessuto cirrogeno. Riferisce un caso di sindrone cirrotica di Hanot e di ittero emolitico.

BRUGI (Pisa). — *Zucchero libero e zucchero combinato nelle cirrosi epatiche.* — L'O. sulle cirrosi epatiche portali ha notato o un aumento dello zucchero combinato con tasso normale dello zucchero libero, o un abbassamento dello zucchero combinato con iperglicemia dello zucchero libero. Nelle cirrosi biliari si ha un aumento tanto dello zucchero libero che di quello combinato. Ha pure studiato il comportamento della cura della glicemia alimentare tanto nelle cirrosi portali che in quelle biliari.

BERGHINZ (Padova). — *Cirrosi del fegato nell'età infantile.* — Riporta 4 casi di osservazione personale di cirrosi del fegato in bambini, corredando i reperti clinici con i risultati dell'esame anatomico ed istologico. Riferisce pure di due casi rientranti nel quadro del m. di Pick o delle cardiocirrosi di Hutinel.

CARPI (Milano). — *Cirrosi ipertrofica splenomegalica favorevolmente influenzata dalla splenectomia.* — Riferisce la storia clinica di un ragazzo di 15 anni affetto da 3 anni da una forma di ittero con epato-splenomegalia a decorso febbrile irregolare senza segni di ittero emolitico. Eseguita la splenectomia si ebbe un netto miglioramento dell'infermo. L'esame istologico di un pezzetto di fegato asportato durante l'intervento dimostrò i segni di un tipo di cirrosi mista. Non esistevano nella milza segni di fibroadenia, ma di attiva proliferazione di follicoli.

IZAR (Catania). — *Epatite amebica cronica e cirrosi.* — L'O. accenna all'importanza che nella patogenesi della cirrosi epatica potrebbero avere i parassiti intestinali in genere e l'entamoeba histolytica in ispecie. Ricorda al proposito le osservazioni del Rogers in India e quelle personali in Sicilia.

BUSINCO (Perugia). — *Infezione malarica e cirrosi epatica.* — Tralasciando altre considerazioni sull'eziologia e sulla patogenesi, per quanto più specialmente riguarda la malaria, è convinto che essa non sbocchi nella cirrosi di Laënnec, per constatazioni statistiche, morfologiche eseguite su materiale malarico puro senza e con cirrosi in confronto con quello proveniente da zone non malariche.

Discussione.

STANGANELLI (Napoli). — L'O. non crede che si possa così semplicemente demolire l'ampio materiale clinico e patogenetico dei vecchi maestri, e ritiene che nella eziologia diretta delle cirrosi la sifilide abbia una parte importante di prima linea, mentre l'alcool pur avendo importanza sensibilizzatrice e preparatrice nel gran numero dei casi, ha importanza diretta ed esclusiva indubbiamente in un numero minore di essi.

FRANCO P. M. (Napoli). — L'O. ha studiato clinicamente la meiopragia e insufficienza pancreatica

nei prodromi della sindrome cirrotica e nelle cirrosi conclamate, ricercando il glucosio nel sangue, nelle urine e contemporaneamente la diastasi nel sangue, nelle urine e nelle feci ed i fermenti triptici nelle feci. Successivamente ha usato l'irradiazione del pancreas prima di compiere gli stessi dosaggi ed ha potuto porre in evidenza le correlazioni che esistono fra la sindrome pancreatica e la sindrome precirrotica e la cirrotica mediante il dosaggio potenziale delle due ghiandole.

CESA-BIANCHI (Milano). — Si congratula coi relatori per l'opera importante ed interessante data alla soluzione di un problema così complesso ed oscuro come quello delle cirrosi del fegato. Una parola di lode va poi data in modo speciale al prof. Sabatini che ha osato affrontare il problema dalle fondamenta e manovrando con energia il piccone demolitore, ha fatto tabula rasa di tutto il multiforme e spesso artificioso edificio delle cirrosi epatiche. Egli difatti ha iniziata la sua relazione facendo un lungo elenco di tutte le varietà cliniche di cirrosi desunte dagli AA., specie francesi, ed ha concluso affermando che esiste una unica forma clinica ed anatomica di cirrosi epatica. Peccato che al lavoro di demolizione, in gran parte necessario, non abbia fatto seguire un lavoro di ricostruzione, stabilendo almeno le linee fondamentali cliniche ed anatomiche delle cirrosi del fegato. Ma è forse chiedere troppo allo stato attuale delle nostre conoscenze.

Personalmente sottoscrivo all'opera demolitrice di Sabatini, accetto cioè la concezione centrista ammettendo la esistenza di una sola forma di cirrosi del fegato, pur con varietà cliniche ed anatomiche diverse. Vado anche più in là: escludo cioè la esistenza non soltanto di una cirrosi ipertrofica tipo Hanot, ma anche la esistenza di un morbo di Hanot — nei cirrosi — od almeno affermo di non averlo mai riscontrato, anzi di averlo diagnosticato alcune volte, ma d'essere sempre stato costretto a modificare la diagnosi in seguito allo studio anatomico ed istologico accennato dal caso, nè conosco la esistenza di casi decisamente probativi.

Dissenso invece dal relatore prof. Sabatini nella definizione che egli dà delle cirrosi del fegato. « La cirrosi epatica, egli dice, non è in dipendenza diretta ed assoluta di nessuna causa nota. Essa insorge per un duplice momento etiologico: predisposizione, fattore coadiuvante e fattore specifico ».

Per quanto riguarda il fattore *specifico* penso che l'amico Sabatini si sia lasciato guidare la mente o forse soltanto la mano dal famoso e misterioso fattore specifico col quale Gay e Bernard hanno di recente creduto di risolvere il problema etiologico del cancro. Certo non si comprende bene che cosa egli voglia affermare con questo fattore specifico in tema di cirrosi del fegato. Ma l'affermazione grave è specialmente la prima: che la cirrosi epatica cioè non è in dipendenza di nessuna causa nota; il che equivale a dire che oggi per porre la diagnosi di cirrosi epatica bisogna escludere la esistenza di una etiologia nota.

Francamente questo mi pare eccessivo: che in molti, nella maggior parte dei casi di cirrosi epatica, la etiologia resti oggi ignota sembra dubbio, ma nessun dubbio pure che in altri casi ugualmente sicuri di cirrosi del fegato il fattore etiologico possa essere affermato e dimostrato.

La brevità del tempo concessomi non mi permette di entrare in dettagli: mi limiterò ricordare al Congresso la importanza, in tema di cirrosi epatica, delle infezioni croniche e più specialmente della sifilide e della tubercolosi.

Che la sifilide abbia un'importanza grande nella patologia del fegato è universalmente ammesso; che essa possa determinare cirrosi del fegato pure nessun dubbio, sebbene non con la frequenza che vorrebbero alcuni AA. specie francesi (Letulle) ed intendiamoci vera cirrosi non epatite cronica gommosa o sclero-gommosa, con le caratteristiche anatomiche ed istologiche delle cirrosi del fegato.

Ma voglio ricordare anche la tubercolosi, che oltre a determinare nel parenchima epatico lesioni specifiche tubercolari (a tipo miliare, nodulare, insulare, ecc.), può determinare vere epatiti croniche degenerative, proliferative e sclerosanti, in una parola vere cirrosi.

Ed io non alludo, mi affretto a dirlo, a processi di cirrosi epatica genuina svolgentisi in tubercolosi, fatto raro, nè di processi tubercolari del fegato sovrapposti a cirrosi epatiche già in evoluzione, ma di vere cirrosi tubercolari, di lesioni cioè cirrotiche diffuse del parenchima epatico sostenute dal bacillo di Koch e dai suoi veleni. Il fatto è noto sperimentalmente, lo afferma la anatomia patologica comparata, è dimostrato nella patologia e nella clinica umana. Se il collega Sabatini vorrà convincersi, potrò dimostrargli alcuni preparati pervenuti da casi di personale osservazione, nei quali si riscontrano le tipiche lesioni istologiche del fegato cirrotico genuino e cioè la lesione fondamentale e caratteristica del sistema portale intraepatico ed il profondo sconvolgimento dell'architettura lobulare (Umbau dei tedeschi), accanto alla dimostrazione dell'elemento etiologico specifico.

Non posso dilungarmi oltre in tema di discussione; chiudo affermando che esistono cause note di cirrosi epatica genuina. La definizione quindi che Sabatini ha dato di quel processo morboso va, a mio modo di vedere, così modificata: Per cirrosi epatica si deve intendere una epatite cronica degenerativa proliferante e sclerosante ad etiologia varia, in parte nota ed in parte ignota con caratteri anatomici e clinici ben definiti, anche se varianti col variare del fattore etiologico.

Auguriamoci che il problema etiologico delle cirrosi venga sempre più approfondito e chiarito senza ricorrere al misterioso fattore specifico.

MICHELI (Torino). — Osserva come i due Relatori abbiano saputo portare un soffio moderno

nella vecchia complessa e difficile questione delle cirrosi epatiche. Essi hanno riaffermato l'unità fondamentale del processo cirrotico, in modo più guardingo e cauto il prof. D'Amato, in maniera più ardita e un po' rivoluzionaria il prof. Sabatini. Ricorda gli elementi su cui poggia il canone generalmente ammesso della unità fondamentale delle cirrosi, elementi istologici ed istogenetici, elementi eziologici. Ritiene che per quanto rari esistono casi di epatite di Hanot rispondente esattamente ai caratteri primitivamente fissati da Hanot e poi da Kretz, Fabris, Satta. Non consente con Sabatini nel separare dalle cirrosi alcuni quadri morbosi che derivano più o meno raramente da processi di atrofia subacuta del fegato (cita un caso personale). Dubita della consistenza delle forme morbose individualizzate da Eppinger sotto il nome di cirrosi ipertrofica con ittero e di cirrosi splenomegalica, ed osserva d'altra parte che l'unità fondamentale del processo cirrotico non esclude l'esistenza di varietà diverse di cirrosi differenziantesi l'una dall'altra per un complesso di caratteri importanti quali la cirrosi pigmentaria e la cirrosi Bantiana.

Circa la clinica delle cirrosi osserva come non sempre la malattia si inizi in modo acuto, ma più spesso in maniera subdola, e come l'inizio acuto corrisponda abitualmente al rendersi manifesta in seguito a fatti intercorrenti di una cirrosi clinicamente latente. Espressione più alta di ciò è la constatazione di casi di atrofia giallo-acuta nei quali istologicamente si rinviene un processo cirrotico di vecchia data. Circa l'eziologia non è d'accordo col prof. Sabatini che ne ha negata ogni eziologia nota. Ritiene che se vi possono essere delle forme criptogenetiche, è però di esperienza ormai secolare che l'alcool qualunque sia il suo meccanismo di azione, ha grande importanza nell'eziologia delle cirrosi — cui come ha pure notevole importanza la sifilide nel determinare forme di cirrosi vera genuina, importanza dimostrata dall'esito favorevole di cure specifiche.

SILVESTRINI (Perugia). — Circa la cirrosi ipertrofica di Hanot ritiene la diagnosi di tale forma molto difficile e che spesso si tratti invece di angiocoliti croniche infettive ematogene o enteriche. Non sottoscrive all'idea di un tipo unico anatomopatologico nè di un tipo unico eziologico della cirrosi atrofica. Rileva l'importanza della tubercolosi nella eziologia della cirrosi epatica. Riferisce 9 osservazioni personali concernenti cirrotici che presentavano reviviscenza delle ghiandole mammarie e riporta il risultato dell'indagine istologica dimostrante una attiva riproduzione ghiandolare accompagnata a fatti infiammatori e ad iperproduzione di connettivo.

SCHUPFER (Firenze). — Non ritiene opportuno nè esatto dire che la cirrosi vera deve avere come caratteristica di essere ad eziologia ignota. Rileva come la cirrosi epatica ha un lungo periodo di latenza e che ad un dato momento per cause occasionali varie che possono non avere alcun rapporto colla eziologia della cirrosi compaiono o l'ittero o l'ascite ed allora si ritiene che in quel momento si sia iniziata la forma morbosa che era invece da lungo tempo in atto. Accade qui quanto si osserva per il cuore che può essere per lungo tempo latentemente malato, fino a che compaiono i sintomi di scompenso. Il clinico deve sforzarsi di porre la diagnosi di cirrosi nel periodo preascitico o preitterico.

BARLOCCO (Modena). — Circa la patogenesi delle cirrosi epatiche l'O. insiste sui rapporti fra cirrosi epatica ed atrofia giallo-acuta e cita una osservazione personale. Nei riguardi della sintomatologia insiste sulle modalità di eliminazione dell'acqua, che avviene con ritardo ma, una volta iniziata, con curva normale. Circa la terapia chirurgica o medica osserva come la questione riposi sulla precocità della diagnosi; e rileva come talora paracentesi ripetute possano fare scomparire l'ascite. Ritiene ciò in dipendenza delle buone condizioni del circolo.

FAMULARI (Messina). — Riferisce diffusamente su un caso clinico che secondo l'O. vale ad illustrare l'importanza della sifilide nella genesi della cirrosi epatica.

MARAGLIANO E. — Pone in rilievo come l'opera paziente e faticosa dei due Relatori abbia messo a posto l'intricato problema delle cirrosi e se tale opera poco ha potuto modificare dal punto di vista clinico, dal punto di vista anatomo-patologico ha però assunto una notevole importanza stabilendo che la lesione ha origine dalla cellula epatica, e che la proliferazione del connettivo costituisce un elemento secondario. E secondo le modalità con le quali la neoformazione si manifesta, si avranno modificazioni diverse del fegato, e quindi sintomatologia diversa, come conseguenza della distribuzione accidentale dei fatti medesimi. Cadono quindi tutte quelle classificazioni sulle quali il Sabatini (di cui mette in evidenza l'opera circa le concezioni future della cirrosi epatica, condividendola) ha portato la sua giusta critica. Circa la sintomatologia l'O. richiama l'attenzione sulla sindrome da lui indicata nel 1882 facente parte del *coma epatico*.

A proposito dell'eziologia ricorda come esista un gruppo di veleni esogeni ed endogeni, che appartengono a quel gruppo di elementi patogenetici che ancora debbono essere chiariti. Circa la definizione espressa dal Sabatini, osserva come il momento eziologico non sia indispensabile a caratterizzare la malattia, e come non sia indispensabile includere il carattere della progressività giacchè gli anatomo-patologi hanno posto in evidenza in individui che mai avevano sofferto di disturbi particolari, modificazioni epatiche analoghe a quelle della cirrosi. Per la terapia l'O. osserva come in alcuni casi attuando una cura diretta (p. e., spesso togliendo l'alcool) si possono riscontrare grandi vantaggi.

Risposte dei relatori.

D'AMATO. — Rispondendo ai vari oratori osserva come non crede si possa senza altro rifiutare la teoria di Eppinger, ma che essa ha bisogno della conferma di più ampie e sicure prove scientifiche. Prende atto delle note comunicate dal Brugi e delle osservazioni personali del Berghinz, e rileva l'interesse particolare del caso descritto dal Carpi. È d'accordo col prof. Izar sul fatto che l'amebiasi possa preparare il terreno alle cirrosi ma osserva che mancano ancora documenti sicuri per ammettere una cirrosi epatica da amebiasi. Si compiace col Businco per le ricerche e i documenti da lui riferiti ed atti a confermare il concetto della inesistenza di una cirrosi epatica da malaria. Ritiene che il prof. Cesa-Bianchi sia andato troppo oltre negando l'esistenza della forma di Hanot, che è rara certamente ma che però esiste. Circa i rapporti fra cirrosi epatica e atrofia giallo-acuta rilevati dal Micheli e dal Barlocco, il R. pensa che tali rapporti siano di duplice natura, o l'atrofia sorge sul fondo di una cirrosi manifesta o latente, oppure la malattia si inizia come atrofia acuta che poi si trasforma in forma subacuta o cronica, e allora dà luogo a fenomeni cirrotici. Rispondendo al prof. Silvestrini osserva che se è noto che una peritonite tubercolare si innesta sul fondo di una cirrosi, non è provato il fatto opposto. Circa le osservazioni di reviviscenza mammaria crede che sia difficile allo stato attuale spiegare tale fenomeno che forse indica complesse correlazioni endocrine.

SABATINI. — Ringrazia tutti gli oratori per le parole, finanche eccessive, di lode tributate alla sua rude fatica. Spiega come molte delle osservazioni fatte o delle obbiezioni mossegli — tutte di dettaglio — si sarebbero evitate se egli avesse dovuto essere, nel parlare, meno schiavo del tempo e quindi meno sintetico e più dimostrativo.

Per l'alcool egli non nega affatto l'importanza che può avere nella genesi della cirrosi: lo ha messo, nel lavoro, al posto d'onore fra gli agenti etiologici. Ma *basta* l'alcool per dare la cirrosi? Può anche darsi. Ma l'O. ha avuto una regola: non portare al Congresso che i fatti dimostrati o dimostrabili. Questa dimostrazione per l'alcool manca. Qual'è insomma la causa che rende cirrotico l'alcoolista? Qual'è la forza, comune o speciale, tossica o infettiva, che porta allo scoppiare della malattia? Questo è per l'alcool, come per ogni altra causa tossica od ogni altro fattore invocato come cirrogeno. A saldare questa maglia della catena dobbiamo rivolgere lo studio di domani.

Perciò egli non può convenire col collega Stanganelli, che si limita a dire « credo, o non credo ». Lo Stanganelli prenderà posto fra i distinti scienziati che hanno emesso un'opinione, ma non risolve in tal modo gli assillanti problemi circa la cirrosi.

Conviene col prof. Micheli per l'esistenza, rarissima, del morbo di Hanot, e non ha da ripetere che quanto ha detto circa i legami colle forme di atrofia acuta, perchè concorda, prudentemente, coll'opinione del Micheli. Al prof. Schupfer fa osservare come la sua giusta obbiezione si possa considerare risolta da quanto l'autore ha detto a proposito del quadro tipico della cirrosi, di cui ha ammesso perfino uno stadio *cirrotico* ma preascitico, indiagnosticabile.

Infine al prof. Maragliano dice che egli sente tutta la responsabilità di quest'opera demolitrice, che ha dovuto fare: ma che è lieto del consenso trovato, nella essenza fondamentale dell'idea, da parte di maestri e colleghi. L'O. non ha voluto *definire* le cirrosi: ha voluto solo amputarne i rami secchi o superflui e rimetterne in vita il ceppo; da Roma si potrà oggi riprendere il lavoro per creare il capitolo nuovo di questa entità clinica.

(Continua).

XXXII Congresso della Società italiana di Chirurgia.

(Vedi fascicoli precedenti).

Seduta del 26 ottobre (ore 15)

Presidenza: LEOTTA.

Comunicazioni.

MARINACCI (Roma). — *Occlusione intestinale. Osservazioni personali.* — Riferisce su 9 casi di occlusione intestinale meccanica da cause varie (aderenze, strozzamenti, ecc.), operati in questi due ultimi anni tutti con esito favorevole. In due casi (di occlusioni acute nel corso di stenosi per tuberculoma del cieco) fu fatto in un primo tempo un'ano artificiale, in secondo tempo l'intervento radicale. In tutti gli altri fu possibile in una sola seduta il trattamento radicale. Richiama l'attenzione su due sintomi: aumentata peristalsi e crisi dolorose. Espone i vantaggi della rachianestesia (di fronte alla narcosi) e delle incisioni brevi. Ricorda come a volte rimosso l'ostacolo, l'occlusione permane per qualche giorno, forse per un ileo paralitico che subentra all'ileo meccanico, anche in rapporto alle manovre operatorie.

BONOMO (Bari). — *Ricerche sperimentali sulla funzione immunitaria della milza.* — Espone i risultati delle sue ricerche sulla funzione immunitaria della milza, dirette a stabilire se la milza partecipi direttamente alla produzione delle opsonine e delle agglutinine.

Il metodo seguito è stato quello di stabilire l'indice fagocitario e, rispettivamente, il tasso agglutinante (il primo nei cani normali, il secondo in cani vaccinati con il colibacillo) del siero dell'arteria e della vena splenica. Conclude che l'indice fagocitario della vena splenica è costante-

mente e notevolmente più elevato di quello della arteria omonima e pertanto che la milza è un organo produttore di opsonine, e, in relazione all'ufficio immunitario di queste, ha parte prima nel processo della fagocitosi; e che non vi è differenza nel tasso agglutinante del siero dell'arteria e della vena splenica, e quindi la milza non partecipa alla produzione delle agglutinine.

PERACCHIA (Bari). — *Ricerche sperimentali sulla funzione della milza in rapporto al metabolismo basale.* — Espone le modificazioni trovate nel metabolismo basale in 20 cani splenectomizzati, facendo notare, che, mentre nei cani normali il ricambio gassoso varia lievemente da animale ad animale, negli animali splenectomizzati, dopo venti giorni, si osserva un aumento del ricambio energetico, che è del 18-20 % negli animali con milza in piena efficienza funzionale, e dell'8-12 % in quelli con milza in via di involuzione o involuta. Tale aumento si mantiene per 35-40 giorni. Dati i rapporti ormai dimostrati tra organi endocrini e ricambio gassoso, il Peracchia ritiene avvalorato il concetto di una secrezione ormonica endocrina della milza.

LEOTTA (Bari). — *Contributo alla chirurgia e fisiologia della milza. Alterazioni ematologiche e del metabolismo basale determinate dalla splenectomia.* — Un interessante contributo all'argomento è questa comunicazione, riguardante un caso di splenectomia per rottura traumatica della milza, che oltre l'interesse clinico ha un particolare interesse fisiologico, perchè l'infermo fu sottoposto, dopo la splenectomia, ad una serie di ricerche protratte per 8 mesi sul sangue e sul metabolismo basale. Dal punto di vista clinico l'O. richiama sopratutto l'attenzione su di un sintoma di enorme valore, ma per lo più trascurato dagli osservatori, sulla contrattura cioè dei muscoli della parete dell'addome, che è l'espressione di un riflesso peritoneale, per la presenza del versamento ematico che nei casi di rottura della milza è assai più marcato di quello che si osservi nelle altre emorragie peritoneali.

Dal punto di vista fisiologico, lo studio del sangue ha messo in evidenza modificazioni ematologiche (ipoglobulia, leucocitosi, piastrinemia), attestanti la rottura dell'equilibrio tra i due normali fenomeni di emopoiesi ed emolisi; queste modificazioni sono però di breve durata, perchè la supplenza funzionale degli altri organi emopoietici è sufficiente a compensare la perdita della funzione splenica ed a ristabilire l'equilibrio.

Più interessanti sono stati i risultati ottenuti con lo studio del metabolismo basale, il quale si è dimostrato in notevole aumento. Se si vuole cercare di dare un'interpretazione a questo aumento del metabolismo basale, si deve ammettere: « O una funzione propria della milza, moderatrice del metabolismo, nettamente antagonista della funzione acceleratrice tiroidea· oppure un'azione indiretta con la soppressione della milza e mercè la esaltazione della funzione tiroidea ». Questa seconda ipotesi, che presuppone dei rapporti ormonici tra milza e tiroide, è, secondo l'O., più verosimile data l'intensità dell'aumento del metabolismo. Per avere una conferma sperimentale di questi risultati clinici, l'O. ha fatto eseguire apposite esperienze all'assistente dott. Peracchia, come risulta dalla precedente comunicazione.

NISIO (Bari). — *Sutura e resezione della milza su sostegno riassorbibile.* — L'O., accennato ai vari e fallaci tentativi fatti da numerosi autori per ottenere dalla splenorrafia, nei casi di rottura della milza, un'emostasi perfetta, e ad alcune recenti esperienze nelle quali si è cercato di sostituire alla seta o al catgut un sostegno riassorbibile nella sutura della milza, viene a parlare dei suoi esperimenti diretti a quest'ultimo scopo; egli ha eseguito la sutura (in sei animali) e la resezione (in 5 animali) della milza su sostegno riassorbibile, servendosi, come materiale, della gelatina di pesce che egli è riuscito a preparare ed a sterilizzare con un processo speciale, venendo alla conclusione che la gelatina di pesce, usata come materiale riassorbibile di sostegno, nella sutura e resezione della milza è superiore a tutti gli altri materiali riassorbibili finora utilizzati.

LUSENA (Genova). — *Sull'ernia perineale.* — Accennato all'estrema rarità di questa specie di ernia, riferisce una sua osservazione di ernia perineale posteriore (cioè uterorettale), in una donna di 42 a. Accanto alla patogenesi l'O. ritiene che negli sforzi ripetuti sia possibile ad un Douglas già abbassato di raggiungere i fasci dell'elevatore e farsi strada tra essi, costituendosi così la porta erniaria; quanto alla terapia l'O. ridusse e cercò di chiudere la porta erniaria, rinforzando le fibre dell'elevatore con quelle del grande gluteo.

TRICOMI (Palermo) — *Chirurgia sociale.* — L'O., affermato che la chirurgia sociale deve oggi far parte delle Società chirurgiche, ne passa in rassegna i più importanti capitoli: le infezioni traumatiche, i soccorsi d'urgenza, le deformità da morbo di Heine Medin, il gozzo, l'ernia, l'importanza del sole in chirurgia (tubercolòsi chirurgica e rachitismo) ed il cancro, soffermandosi specialmente su questi due ultimi capitoli. Sopratutto il problema del cancro è trattato con particolare cura, e l'O. si intrattiene in specie sulla carcinologia sperimentale, e sullo studio delle lesioni precancerose (profilassi del cancro), tributando infine un voto di plauso alla città di Milano che ha fatto sorgere un centro di lotta e di cura per il cancro.

CANERANA (Palermo). — *Innesti e sensibilizzazione.* — In animali (conigli) previamente sensibilizzati con siero di sangue inoculato direttamente nell'albero respiratorio, furono praticati innesti omo- ed eteroplastici di tiroide (in diversi organi) e di cute (sul padiglione dell'orecchio), prelevan-

do i tessuti da innestare dagli animali che avevano fornito il siero sensibilizzante ed ottenendo la necrosi rapidissima in due tre giorni dei tessuti innestati; in ulteriori esperienze, innestando negli animali che avevano fornito il siero sensibilizzante, tessuti prelevati dagli animali sensibilizzati ha avuto pure la necrosi dei tessuti innestati, però un po' più tardiva (una settimana), ad ogni modo sempre molto rapida in confronto di ciò che si verifica negli innesti comuni (senza sensibilizzazione), nei quali la distruzione dei tessuti innestati è lentissima.

PURPURA (Palermo). — *Microrganismi del cancro e del sarcoma.* — In 21 casi di tumori maligni chiusi dell'uomo (carcinomi e sarcomi) ha costantemente ottenuta la cultura di microrganismi. Isolando i germi dalle culture ha messo in evidenza in tutti i casi un microrganismo a forma di cocco, che si presenta a coppie di due e di quattro elementi, ed in 6 casi, oltre ai germi suddetti, microrganismi a forma allungata e filamentosa. Nega che si tratti di inquinamenti accidentali, sopratutto per i primi germi, sia per la costanza del reperto sia per l'assenza di esso nelle culture di cóntrollo prelevate da altri tessuti patologici. L'O. espone le proprietà culturali dei germi suddetti, asserendo, infine, che essi hanno potere patogeno sugli animali da esperimento.

Discussione.

PEREZ (Roma). — Osserva che sarebbe opportuno fare gli innesti del tessuto neoplastico su terreni solidi, anzichè liquidi, per poter valutare il quantitativo di germi esistenti in determinati frammenti del tessuto innestato. Ha avuto poi l'impressione che il germe in questione sia una di quelle sarcine che si trovano nei tessuti normali e che il Perez stesso ha riscontrato nel sistema linfatico. Sarebbe perciò necessario, per ammettere la specificità del germe isolato dal Purpura, dimostrare che esso si trova solo nel tessuto neoplastico e non nell'ambiente nè nei tessuti circostanti. Inoltre lo sviluppo tardivo dei medesimi germi fa pensare ad un inquinamento.

PURPURA (*risp.*). — Ritiene più opportuno il brodo glucosato perchè in esso i tessuti neoplastici vanno in lisi, e si vengono così a liberare i germi contenuti nell'interno dei tessuti; questa lisi potrebbe anche fornire il terreno di sostanze che lo rendono più adatto allo sviluppo dei germi. Quanto alla tecnica adoperata egli si riferisce a quanto ha già detto, per non ripetersi.

BRANCATI (Roma). — *Tumori sperimentali.* — Con una serie di 60 proiezioni comprendenti pezzi anatomici e preparati istologici, illustra i risultati avuti nei ratti e topi con ingestione di catrame ed asfalto, con iniezioni endoperitoneali, e con pennellature cutanee di derivati del catrame. Con l'ingestione ha notato ulcerazioni e leucoplasie nella bocca e nella lingua, simili a quelle umane; produzioni epiteliali nello stomaco a forma papillare nella maniera più semplice, a forma infiltrante in stadi avanzati con metastasi polmonari. Il tipo di tessuto che costituisce le produzioni nodulari con aspetto a cratere è sempre quello dell'epitelio di rivestimento, mentre quello secernente non partecipa alla neoformazione. In qualche caso alla neoformazione epiteliale dello stomaco si è aggiunta una ulcerazione della cute e la formazione di papillomi o epiteliomi cutanei. Con l'iniezione ha avuto un caso di sarcoma ed un altro di linfoma e con i derivati del catrame varie produzioni epiteliali cutanee dal corno all'epitelioma malpighiano.

CLEMENTE (Palermo). — *Contributo allo studio sierologico del cancro.* — Riferisce su di una tecnica sierologica da lui escogitata, per la diagnosi del carcinoma. Si tratta di una reazione di contatto tra il siero in esame ed un estratto di tumore, preparato con tecnica personale. Praticò la reazione in 42 casi di affezioni chirurgiche le più varie, tra cui 10 casi di carcinomi, nei quali soltanto ottenne costantemente esito positivo. Quanto al meccanismo di questa reazione, ritiene che esso indichi uno squilibrio lipoido-proteico-colloidale del siero.

GARGANO (Napoli). — *Sulla possibilità che anche le cellule degli epiteliomi possano originare globi cheratoidi simili a quelli del Molluscum contagiosum di Batermann.* — Ha avuto occasione di osservare, in un epitelioma delle fosse nasali, che gli elementi epiteliomatosi andavano anche essi incontro ad una fase corpuscolare, dando origine a globi simili, per la morfologia e per i caratteri microchimici, a quelli del « Molluscum contagiosum » di Batermann. In questi casi il decorso dell'affezione sembra lento, per cui si deve ammettere che le cellule epiteliomatose, come le cellule epidermidali normali, possano ammalare con produzione di globi cheratoidi endocellulari, e che questa secrezione possa, almeno temporaneamente, arrestare l'andamento incessante del blastoma.

BATTAGLIA (Napoli). — *Altri casi di tubercolosi pseudoneoplastica come contributo allo studio dei blastomi.* — Dopo aver ricordati i lavori del Maffucci e del Durante sull'argomento, parla delle sue ricerche, nelle quali ha trovato tumori di origine schizomicetica, blastomicetica ed ifomicetica, e tra questi tumori moltissimi prodotti dalla tubercolosi, i quali mentre clinicamente ed anche macro- e microscopicamente danno l'impressione di veri blastomi, si dimostrano, con ricerche biologiche, prodotti tubercolari. Ciò dimostra che non esiste il cancro ed il sarcoma, ma i cancri ed i sarcomi, diversi per struttura, origine e per etiologia.

Il microrganismo cosidetto specifico non sempre produce l'identica lesione, ma questa è varia e nello stesso animale ed in animali diversi. Il b. della tubercolosi produce spesso la forma fibrosa, sclerogena o quella pseudoneoplastica, nelle quali

rientrano alcune forme di stenosi piloriche, studiate per primo dal Petella.

MARAGLIANO (Genova). — *Sulle acidosi postoperative.* — Riferisce i primi risultati di ricerche dirette a prevenire le acidosi postoperative, cercando di provocare negli operati una migliore utilizzazione dei grassi delle sostanze proteiche da una parte e degli idrati di C. dall'altra, poichè le acidosi postoperative sarebbero determinate dal sovraccarico di chetoni, dovuti appunto all'alterata combustione dei grassi per deficienza di idrati di carbonio. Due ore prima dell'intervento si estraggono 10-15 cmc. di sangue dalla vena del braccio e si iniettano subito dopo sotto cute. Su 15 operati così trattati, solo in uno di essi si ebbero tracce di acetone nelle urine; in tutti gli altri mai acetonuria.

TORRACA (Napoli). — *Complicazioni polmonari postoperative.* — Sopra 501 operati (di cui 392 sotto narcosi e 109 in anestesia locale) l'O. ha osservato 6 casi (di cui 5 dopo n. eterea, uno dopo anestesia combinata [novocaina-cloroformio]) di tali complicazioni (due bronchiti e quattro polmoniti, di cui due con esito letale), tutti in seguito ad interventi sull'addome. Per quanto riguarda i fattori che influiscono sull'insorgenza di tali complicazioni, l'O. pensa, che, per quelle che si manifestano subito dopo l'intervento, hanno sopratutto importanza la irritazione mucosa, l'aspirazione ed il raffreddamento; per i casi sviluppati a distanza di qualche giorno si aggiungono le possibilità di embolie. Le ipotesi di Elvin (collasso) e di Eden (valore primitivo dell'edema e delle secrezioni determinate da irritazione del vago) hanno bisogno di controlli.

Discussione.

CASTIGLIONE. — Ha osservato polmoniti postoperatorie specie dopo operazioni prolungate in individui deperiti e dopo quelle che richiedono maneggi complessi. Non esclude però l'influenza del raffreddamento. Non ha avuto vantaggi dall'uso preventivo di siero antipneumococcico.

ALESSANDRI (Roma). — Le complicazioni polmonari post-operatorie rappresentano uno degli argomenti più importanti per i chirurgi ed uno dei pericoli più temibili delle operazioni, più ancora delle emorragie e delle infezioni.

Per la prevenzione di esse, oltre le prevenzioni preoperatorie e postoperatorie accennate dal Torraca, ha usato la vaccinazione per varî giorni prima dell'operazione con vaccino antipiogene polivalente. Pur essendo ancora necessario prolungare le osservazioni, dai risultati finora ottenuti può dire che nei casi vaccinati la frequenza di complicazioni polmonari è apparsa minore e meno grave la loro evoluzione.

TORRACA (*risp.*). — È d'accordo col Castiglioni e con Alessandri. Per la vaccinoterapia, dati i risultati incerti avuti da alcuni autori, sono necessarie ulteriori esperienze.

TINOZZI (Napoli). — *Azione delle emulsioni di germi piogeni sui trapianti cutanei omo- ed autoplastici.* — Ha eseguito sull'orecchio del coniglio trapianti cutanei omo- ed autoplastici, iniettando al di sotto di essi (subito dopo e ripetendo l'iniezione dopo 48 ore) emulsioni di germi piogeni. Otteneva così un'esaltata reazione del tessuto portainnesto che si esplicava determinando l'attecchimento completo nell'autoplastica e le necrosi e l'eliminazione nella omoplastica. Ritiene che ciò sia dovuto all'aumentato afflusso sanguigno, per l'azione delle endotossine batteriche, il quale determinerebbe maggiori rapporti di contatto tra liquidi organici del trapianto e del portainnesto e quindi l'eliminazione nella omoplastica.

CASTIGLIONI. — *Tentativi per modificare il comportamento degli innesti omoplastici di organi.* — Partendo dal presupposto che il mancato attecchimento degli omo-etero-innesti sia in rapporto con fatti di sensibilizzazione, si è proposto, in innesti sottocutanei di ovaio, di desensibilizzare l'ospite, iniettandogli porzioni minime di estratti acquosi di ovaio. Finora ha protratto l'osservazione per 90 giorni. Tenendo conto però anche del fatto che l'innesto omoplastico di ovaio semplice talvolta si conserva a lungo, l'O. conclude solo che i suoi tentativi non ostacolano la conservazione dell'innesto omoplastico di ovaio.

CUSANI (Napoli). — *La crisi emoclasica da vaccinoterapia nella tubercolosi chirurgica.* — Iniettando sotto cute in pazienti affetti da tubercolosi chirurgica una piccola quantità di Tebecin Dostal (speciale sospensione di bacilli di Koch) si ha dopo 10-15 minuti il caratteristico reperto vascolo-sanguigno della crisi emoclasica (abbassamento della pressione sanguigna, leucopenia, ecc.), ciò che non si verifica in pazienti affetti da altre malattie od in individui sani, il che quindi rappresenta un metodo sensibilissimo e sicuro di reazione specifica tubercolinica, da utilizzarsi nella diagnostica.

ZAPELLONI (Anagni). — *Contributi personali ulteriori alla chirurgia vascolare.* — L'O. riferisce su due casi di aneurismi dell'ascellare e della poplitea (quest'ultimo arterovenoso) nei quali egli praticò la resezione del tratto di arteria leso e la sutura circolare termino-terminale dei due capi arteriosi. In entrambi i casi si ebbe la guarigione anatomica e funzionale completa e duratura.

SOLIERI (Forlì). — *Aneurisma falso (ematoma pulsante) bilaterale in soggetti a Wassermann negativa.* — In un paziente di 25 a., ha osservato il manifestarsi di due aneurismi falsi apparentemente spontanei, il primo della poplitea sinistra, il secondo della poplitea d., entrambi trattati con

l'amputazione dell'arto corrispondente. Negativa la Wassermann nel sangue e nel liquor cefalorachidiano. Basandosi anche sull'esame istologico di un tratto di a. femorale estirpato all'atto dell'amputazione (atrofia e degenerazione di elementi elastici e muscolari), l'O. ritiene trattarsi di un'alterazione congenita delle pareti arteriose.

CAGNETTA (Bari). — *Emorragia grave della poplitea d. all'incisione di un vasto ematoma dopo 40 giorni dal ferimento (ferita d'arma da fuoco a pallini). Allacciatura. Guarigione.* — All'apertura di un ematoma (in via di suppurazione) consecutivo a ferita dell'a. poplitea, avvenuto 40 giorni prima, per l'insorgenza di una grave emorragia, l'O. allacciò l'a. e la v. poplitea. Guarigione. L'O. fa notare la necessità dell'apertura di questi ematomi, anche dopo parecchio tempo dall'accidente, di applicare attorno all'arto un laccio, da poter stringere immediatamente in caso di bisogno.

Discussione.

DE GAETANO (Napoli). — Il buon risultato avuto dal Cagnetta conferma il concetto da noi sostenuto nei precedenti congressi di Pisa e di Firenze, che negli arti è meno pericolosa l'allacciatura contemporanea dell'arteria e della vena anzichè quella della sola arteria.

GARGANO (Napoli). — *Sulla natura dei tessuti costituenti la sacca aneurismatica.* — Sopra dati di anatomia patologica e di fisiopatologia sperimentale afferma che la tasca aneurismatica si svolge all'inizio a spese delle pareti dell'arteria, ma che con la loro ulteriore degenerazione, si ha l'evolversi di un processo reattivo a spese del tessuto di sostegno delle guaine vascolari, che conduce alla formazione di un tessuto connettivo fibrillare in degenerazione jalina, privo di fibre elastiche. Poichè un tale tessuto non può venire trasformato, con una terapia medica, in parete arteriosa normale, ne conclude che gli aneurismi sono curabili solo chirurgicamente. L'asportazione della sacca aneurismatica deve essere generosa poichè l'O. ha notato a monte e valle di essa l'evolversi di piccole sacche aneurismatiche.

MAMBRINI (Mantova). — *Contributo alla chirurgia del cuore. Cardiorrafia in un ragazzo di 8 anni.* — Riferisce su di una cardiorrafia eseguita cinque anni or sono in un ragazzo di 8 a., il quale per un colpo d'arma da punta e taglio infertagli 5 ore prima, aveva riportato una ferita un po' meno lunga di un cm. del ventricolo sinistro del cuore, con abbondante emopericardio e pneumotorace per una concomitante lesione pleurica. In anestesia eterea fu suturato il cuore con 3 punti in catgut. Rapida guarigione. Nessun disturbo a carico della funzione cardiaca fino ad oggi, pur avendo il piccolo paziente sofferto durante questo tempo di una infezione intestinale accompagnata da febbri elevate.

MARINELLI (Foggia). — *Sull'uso dei polibromuri nella prenarcosi.* — Partendo dal concetto che la morfina, usata come prenarcotico, possa contribuire alla produzione di alcune delle complicazioni postoperatorie più moleste, specialmente il vomito e la paresi intestinale con meteorismo, ha usato in sua vece i bromuri (B_2K, B_rNH_4, B_r St) in 500 atti operativi di cui 100 laparotomie, ricavandone i seguenti vantaggi: soppressione quasi totale del periodo di eccitazione, narcosi rapida, assenza o quasi di vomito, modico meteorismo.

(*Continua*).

XVI Congresso della Società Italiana di Ortopedia.

24 ottobre 1925.

Il Congresso si svolge nell'aula della R. Clinica Chirurgica. Apre la seduta il prof. Piero Palagi di Firenze, Presidente del Congresso, il quale inviato un saluto al prof. Putti, Presidente del Comitato Direttivo, attualmente nell'America del Nord, constata con compiacimento il confortante progresso compiutosi durante l'anno sulla via dell'insegnamento ufficiale dell'ortopedia, con l'istituzione degli incarichi di Clinica Ortopedica presso le Facoltà di Palermo, di Modena e di Firenze. Si augura che questo insegnamento, indispensabile alla cultura del medico, venga esteso anche alle altre Università, oltre alle otto che attualmente ne godono, e in particolare a quella di Napoli. Ricorda infine il cinquantenario, testè celebratosi, dell'Istituto Ravaschieri di Napoli.

L'Assemblea approva l'ammissione di cinque nuovi soci; quindi si apre la discussione sul tema di relazione:

Le artriti non tubercolari della colonna vertebrale.

VALTANCOLI (Bologna) relatore. — Inizia il suo dire, brevemente accennando ai dati storici sull'argomento. Passando ad illustrare l'*anatomia patologica* l'O. raggruppa le alterazioni anatomopatologiche sotto due tipi fondamentali: il primo è caratterizzato da una più o meno estesa ossificazione dell'apparato legamentoso e delle articolazioni intervertebrali e dall'assenza di sostanziali cambiamenti di forma a carico dei corpi (spondilitis ossificans ligamentosa).

Nei casi del secondo tipo predominano alterazioni di forma delle singole vertebre con proliferazioni ed esostosi irregolari (spondilitis deformans o osteo-artritica).

Anche in base ai dati dell'*anatomia radiografica* si possono distinguere due gruppi di casi: Nell'uno l'aspetto esteriore del corpo vertebrale non è modificato; e in questo gruppo il confronto dei radiogrammi, specie di quelli — di più facile let-

tura — delle articolazioni periferiche ammalate, dimostra due forme di processi anchilosanti: nella prima l'anchilosi rispetta o almeno non abolisce le superfici articolari (quadro della spondilosi rizomelica di P. Marie); nella seconda le fonde facendone sparire ogni traccia (quadro della poliartrite anchilosante, caratterizzata pure dall'ossificazione più o meno estesa dei dischi).

Nell'altro gruppo risaltano le alterazioni di forma dei corpi (prolificazioni ossee marginali, deformazioni consistenti in schiacciamento e allargamento in senso trasversale): queste alterazioni sono assai spesso localizzate a un numero più o meno esteso di vertebre.

Venendo a parlare dei *tipi clinici* l'O. distingue:

1) La spondilosi rizomelica, clinicamente caratterizzata da un periodo di dolori lombosacrali e agli arti inferiori, seguito dall'irrigidimento della colonna e dall'anchilosi delle articolazioni della radice degli arti. L'eziologia, non ancora definita, sembra legata a stati tossi-infettivi (tubercolosi, blenorragia, reumatismo, cause perfrigeranti in prima linea). Riguardo alla patogenesi, secondo l'O., il fenomeno primario consisterebbe non in una osteopatia ma in una alterazione dei tessuti di sostegno.

2) La rigidità cronica della colonna vertebrale di Bechterew (cifosi eredo traumatica) non sarebbe differenziabile, salvo i casi susseguenti a traumi, dalla forma precedente.

3) L'osteoartrite vertebrale (reumatismo articolare cronico): se ne distingue una forma anchilosante e una deformante.

A parte l'O. considera le sue forme localizzate, specie quelle della colonna lombare (lombo-artrite) di così notevole importanza nella produzione di dolori irradiantisi agli arti inferiori (così dette nevrodociti).

La *Cura*, secondo l'O., sarà dove possibile causale.

A evitare anchilosi in posizioni viziose per la statica, gioveranno apparecchi gessati o a trazione. Le anchilosi costituite potranno essere trattate con l'artrolisi. Nelle artriti vertebrali vere e proprie, il calore sotto forma di termopenetrazione e di termofori di Bier e l'immobilizzazione, mediante apparecchi gessati, costituiscono i mezzi più energici contro le manifestazioni dolorose.

BARGELLINI (Torino). — Illustra quattro casi di *artriti non tbc. della colonna vertebrale*, mettendo in evidenza le difficoltà di classificazione, dato il loro polimorfinismo.

ANZILOTTI (Livorno). — Insiste sulla frequenza di tali forme morbose e sulla necessità di un esame radiografico in tutti i casi di algìe lombo-sacrali.

Comunicazioni varie.

DONATI (Padova). — Illustra *un caso di osteocondrite vertebrale giovanile deformante* osservato in un diciassettenne; l'affezione, caratterizzata dalla comparsa di una cifosi a grande arco, si è sviluppata durante una poussée di accrescimento. Radiograficamente: trasparenza dei corpi, frammentazione dei nuclei epifisari. L'O. discute i rapporti di questa forma con le altre osteocondriti; quanto alla causa propende per un disturbo dell'accrescimento.

PALAGI (Firenze). — Avendo studiato nell'Istituto da lui diretto i casi di dorso curvo, può confermare l'esistenza di una forma di *cifosi dell'adolescenza* propria dell'età dello sviluppo e più frequente nel sesso maschile e in alcune professioni, nella quale sono dimostrabili radiologicamente alterazioni dell'ossificazione encondrale dei corpi: ne discute le ipotesi patogenetiche e la eziologia, indubbiamente molteplice.

MARAGLIANO (Genova), GALEAZZI (Milano). — Pensano che la cifosi degli adolescenti non si possa avvicinare alla osteocondrite giovanile e per l'epoca di scomparsa e per la molteplicità delle lesioni e per l'assenza del dolore. GALEAZZI esprime la convinzione che molti punti di contatto esistono invece con altre lesioni osteopatiche funzionali, come genu valgum, scoliosi, ecc. DELITALA avanza l'ipotesi che possa essere in causa una lesione dell'ipofisi; BARGELLINI ritiene non potersi escludere, specie in certi casi, l'azione diretta di un'infezione; CAMERA si associa alla interpretazione di Galeazzi e di Maragliano, mentre VALTANCOLI ritiene giustificata la denominazione di osteocondrite.

DONATI chiude l'interessante discussione: riconosce inesatta la denominazione, che va però mantenuta allo stato attuale; se la lesione è prevalentemente epifisaria egli ha pure ricordato la malacìa dei corpi: sostiene doversi separare da questa deformità a sede dorsale inferiore, il dorso curvo degli adolescenti a sede cervico-dorsale. Raccomanda in tali casi il lattato di stronzio, come potente stimolante dell'ossificazione.

ANZILOTTI (Livorno). — Porta un *contributo alla patologia delle cartilagini epifisarie*, illustrando interessanti alterazioni di esse nelle osteomieliti diafiso-epifisarie, in alcuni epifisiti, ecc.

CALANDRA (Palermo). — *Osservazioni cliniche e radiografiche sulla osteocondrite ischio-pubica.* — A proposito dell'epoca — discussa — in cui avviene la saldatura ischio-pubica, esprime il giudizio che essa sia più precoce nei bimbi del mezzogiorno in confronto di quelli del settentrione. L'esame radiografico sistematico in bambini affetti dalle più svariate malattie dell'anca, gli ha fatto rilevare costantemente le lesioni dell'osteocondrite ischio-pubica, fatto dall'O. attribuito alla differente distribuzione del carico. Per tali ragioni l'O. non considera l'alterazione come una entità morbosa.

GAZZOTTI (Reggio Emilia). — Illustra *un caso di costa lombare dolorosa*, in cui all'asportazione dalla costa seguì guarigione.

DE GAETANO (Napoli). — *Nevrite del plesso lombare da teratoma sacro-coccigeo suppurato. Autovaccino-terapia, asportazione, guarigione.* — Il tumore palese alla nascita sotto forma di una tumefazione grande quanto un piccolo uovo in corrispondenza della natica destra, si era andato poi ingrandendo, deformando la sporgenza della natica.

Nel gennaio 1925, la piccola paziente aveva 14 mesi, aumento rapido di volume, fluttuazione, febbre: dall'incisione era residuato un seno fistoloso. Al momento dell'ingresso in Clinica: condizioni generali gravi per la continuata suppurazione. Dopo aver migliorato lo stato locale e generale con l'impiego di un auto-vaccino (streptococco) nel giugno 1925 si procedette all'intervento riuscito assai indaginoso per le fitte aderenze coi tessuti circostanti specie col retto e con il plesso sacrale. Si provvide al drenaggio del largo e profondo cavo con una contro apertura. La paziente venne dimessa guarita dopo un mese. Il tumore del peso di 250 gr. dimostrava istologicamente elementi dei tre foglietti blastodermici.

GAIBISSI (Savona). — *Contributo al trattamento elio marino del morbo di Pott.* — L'O. riporta i vantaggi ottenuti con il bagno di mare.

MEZZARI (Trieste). — Parla dell'*amputazione sotto periostea delle apofisi spinose dei gibbi consolidati* allo scopo di sopprimere o di attenuare le deformità cifotiche. L'intervento è usato con vantaggio a Valdoltra pure nella correzione estetica delle cifosi traumatiche guarite.

DEL TORTO (Napoli). — *Alcuni casi di macrosomia parziale congenita.*

LAVERMICOCCA (Milano). — *Osservazioni anatomiche sopra una rara deformazione congenita.*

MAGRASSI (Brescia). — *Le fratture dell'infanzia.*

ANNOVAZZI (Milano). — *Sulle fratture dell'estremità inferiore del radio.*

CACCIA (Roma). — *Sopra un caso di grave frattura e lussazione del bacino guarito completamente con cura incruenta.*

CAMERA (Torino). — Porta un contributo di tre casi di *paralisi massive dell'arto inferiore* trattati con l'*arresto tibio-astragalico anteriore* secondo Putti: l'O. è fautore del metodo, sebbene nei casi gravi di piede ciondolante pratichi insieme con l'artrolisi, pure l'artrodesi della tibiotarsica. L'O. preconizza poi l'utilità di un arresto astragalico posteriore, associato ad altri interventi, nel trattamento di alcune deformità neurogene del piede.

Interloquiscono DELITALA, il quale non crede utile l'artrorisi nella cura delle deformità spastiche. GALEAZZI, FALDINI.

DELITALA (Venezia). — *Considerazioni sulle artroplastiche*: l'O. trae le conclusioni seguenti: occorre scegliere bene i casi (escludendo le anchilosi da tbc.); operare rapidamente, ricoprire con la fascia entrambi i capi articolari. La cura post-operatoria rappresenta la parte più importante del trattamento.

COMISSO (Trieste). — *Diffusa epidermolisi bollosa dopo artrolisi incruenta.*

CAMURATI (Bologna). — Presenta due casi di *tumori ossei rari.*

ALOI (Catanzaro). — *Due casi di tumore del bacino.*

GIUNTINI (Milano). — *Mixocondrosarcoma dell'astragalo.*

FALDINI (Bologna) — Espone *osservazioni anatomiche e embriologiche sulle lesioni cotiloidee nella lussazione congenita dell'anca,* dimostrando come in questa deformità il cercine cotiloideo postero-superiore sia formato da tessuto fibroso, anzichè cartilagineo. L'O., che ha trovato il punto sopracotiloideo di Perna scarsamente alterato, pensa che la detta alterazione metaplasica, sia primitiva.

ZANOLI (Bologna). — Parla della *cura chirurgica della lussazione osteomielitica infantile dell'anca;* ove esista ancora un moncone di collo e dove non sia riuscita la riduzione incruenta, quella cruenta è seguita da successo. Quando tutta la epifisi femorale superiore è distrutta, conviene centrare il grande trocantere nel cotile, facendo seguire una osteotomia sottotrocanterica per deabdurre.

DELITALA. — Nei casi del secondo tipo, seguendo le idee di Albee e di Lance, ricostruisce un tetto al cotile.

MARAGLIANO (Genova). — *Biforcazione dell'estremo superiore del femore in lussazione vera dell'anca da coxite*: risultato funzionale soddisfacente.

GALEAZZI (Milano). — Porta un *contributo clinico sperimentale allo studio delle lesioni interne del ginocchio di origine traumatica.* In base ad artrotomie, in casi del genere, a indagini anatomiche e ad esperienze sul cadavere, l'O. conclude che il movimento rotatorio fra femore e tibia a ginocchio flesso è uno dei meccanismi più frequenti delle lesioni meniscali, delle quali sono responsabili i legamenti crociati per una vera e propria azione di strappamento. L'O. insiste perchè i chirurghi siano più attivi in casi di lesione interna del ginocchio.

CIACCIA (Venezia). — *Sul valore delle ricerche immunitarie e biologiche nella diagnosi della gonilite tbc.*

CRAINZ (Roma). — Fa una importante comunicazione *sulla tubercolosi primitiva della rotula, e sulla ricostruzione plastica della rotula col processo Dalla Vedova* (contributo clinico). Si trat-

tava di un bambino di 9 anni, che presentava crisi dolorose, localizzate alla regione anteriore del ginocchio senza alterazioni della mobilità articolare negli intervalli: rotula aumentata modicamente di volume, non dolorosa alla pressione. L'esame radiografico mostrò un focolaio di maggior trasparenza subito al disotto dello strato cartilagineo: siccome la lesione si andava estendendo fu deciso l'intervento cioè la rotulectomia. Per conservare la continuità dell'apparato legamentoso il Dalla Vedova colmò la perdita di sostanza col ribattere in basso, suturandolo a un lembo del tendine rotuleo, un lembo del tendine quadricipitale; interponendo poi fra i due lembi un trapianto osteo-periosteo libero, prelevato dalla tuberosità tibiale, ristabiliva col medesimo la funzione meccanica della rotula, che è quella di aumentare la potenza degli estensori coll'accrescere la distanza dal punto di applicazione della forza al fulcro.

Il risultato funzionale, a due anni e mezzo dalla operazione, è ottimo; radiograficamente il trapianto è in buona posizione, di dimensioni leggermente aumentate e va assumendo una struttura che ricorda quella della rotula normale.

BUSATTI (Firenze). — *Il trattamento del piede cavo* seguito nell'Istituto Ortopedico Toscano, che l'O. espone, consiste in un primo tempo nella correzione della deformità mediante teno-aponeurotomia plantare seguita da raddrizzamento strumentale; in un secondo tempo in trapianti tendinei diversi, a seconda dei casi.

GABRIELLI (Firenze). — Espone *il trattamento del piede torto congenito* seguito nel medesimo Istituto: consiste nel raddrizzamento manuale modellante a tappe con successivi apparecchi gessati; apparecchi ortopedici mantengono in seguito l'ipercorrezione. Raramente si dovette ricorrere alla achilletenotomia.

LUSSANA (Ivrea). — *Nuova resezione osteoplastica minima per l'equinizzazione del piede negli eccessivi accorciamenti dell'arto.* L'O. esegue in un primo tempo preparatorio l'artrodesi della sottoastragalica e della Chopart; alcuni mesi dopo equinizza il piede resecando solo la superficie articolare della tibia e della tuberosità del calcagno e costituendo l'artrodesi di queste due superfici ossee, previo allungamento plastico dei tendini anteriori e trasposizione in basso del tendine d'Achille.

***

Prima di chiudere i lavori l'Assemblea designò come sede del futuro Congresso del 1926 Venezia, eleggendone presidente il Prof. Delitala.

Come tema di relazione venne scelto quello proposto dal Prof. PALAGI: *Trattamento delle fratture articolari e loro esiti.*

Su proposta del Prof. DALLA VEDOVA la Società votò inoltre il seguente ordine del giorno:

« La Società Italiana di Ortopedia constatato il continuo aumento di cure ortopediche per parte di semplici meccanici mediante apparecchi, con danno degli ammalati e con disdoro della scienza,

fa voti perchè le Autorità Sanitarie Superiori, conscie della importanza sociale della questione, provvedano con leggi severe ad una esatta regolamentazione di tali cure, spettanti solo a persone munite di laurea in Medicina e Chirurgia, stabilendo che nelle indicazioni e nel collaudo degli apparecchi tutori ed ortopedici in genere debba essere costantemente richiesta l'opera del Medico, possibilmente specialista, che ne assuma piena responsabilità, considerando esercizio abusivo le prestazioni fatte da meccanici in condizioni differenti ».

La riunione, riuscita magnificamente e per numero di Soci intervenuti e per l'importanza di comunicazioni, si chiuse lasciando nei presenti il più gradito ricordo.

E. VENEZIAN.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sulla coesistenza dell'appendicite e dell'annessite.

La diagnosi differenziale fra annessite e appendicite è sovente molto difficile, sopratutto nell'appendicite cronica per l'influenza che questa porta sullo stato generale.

Spesse volte un dolore acuto a dritta in alto nel Douglas, che fa sobbalzare la donna, riscontrato con l'esame rettale rivela la presenza di un'appendicite a lato di una annessite.

Meyer (*Société d'obst. et de gyn.*, gennaio 1925) non esita ad affermare che molto spesso la diagnosi esatta è impossibile. Egli riporta due casi di due giovanette che presentavano la medesima fenomenologia: leggeri dolori intermittenti e molto vaghi a destra che aumentavano all'approssimarsi delle regole tanto da divenire intollerabili e accompagnati da vomito e da rialzo termico. Con la palpazione si rivelava dolore e tensione del parametrio destro, mentre l'esame rettale era negativo.

Procedutosi all'intervento, nella prima malata fu trovato il cieco intimamente legato al legamento largo da vaste aderenze, appendice e tromba formanti un cordone unico lungo la faccia posteriore del legamento; nella seconda malata gli annessi erano completamente normali e soltanto l'appendice molto lunga, codata e terminante come un filo, aveva contratto aderenze con il mesenterio.

L'A. conclude non esservi cosa più sicura che quella di intervenire presto e quasi sempre è sufficiente l'incisione pararettale prolungata in basso o in alto.

A. POZZI.

Diagnosi differenziale fra appendicite ed ovarite.

E. Sachs (rif. in *Gazzetta Osped. e Clin.*, 20 settembre 1925) fa rilevare che vi potrà essere incertezza fra le due malattie soltanto quando si tratti di appendicite cronica senza attacchi gravi.

Prima precauzione in tali casi è quella di vedere se non si abbia a che fare con una malattia delle pareti (forme traumatiche o reumatiche dei muscoli retti, o dei nervi cutanei), la quale si rivela con la dolorabilità limitata alle pareti. Bisogna poi tener presente che l'ovarite, la quale sia cronica, afebbrile, non susseguente al puerperio, ad aborto o ad interventi di diverso genere, è estremamente rara. Essa può venire scambiata con altri quadri morbosi. Uno di essi, p. es., è la tumefazione dolorosa dell'ovaio durante l'ovulazione; può anche trattarsi di degenerazione cistica dell'ovaio o del corpo luteo. Oppure si può essere in presenza di peri- o parametrite posteriore, che rappresenta talora una forma infiammatoria, ma anche una forma funzionale spastica che si sviluppa in corrispondenza dei legamenti crociati dell'utero. In tal caso, ogni aumento della tensione addominale, quale si verifica nel camminare, nel saltare ed ancor più nella defecazione, o nei contatti sessuali determina dolori assai vivi. La dolorabilità dei legamenti si può mettere in rilievo palpandoli isolatamente ed aumentandone la tensione. Ciò si ottiene tirando in avanti o spingendo di lato la portio durante l'esplorazione bimanuale. Un buon metodo è la esplorazione rettale dei genitali femminili, dopo il riempimento del retto con 250-300 cmc. di acqua tiepida.

La diagnosi di ovarite non va fatta alla leggera, anche perchè essa determina nella donna un trauma psichico; la parametrite, poi può essere abbastanza facilmente guarita con antispasmodici e massaggio.

fil.

Dilatazione dell'uretere e della pelvi renale durante la gravidanza.

Da numerose pielografie eseguite durante la gravidanza, in casi normali, o con disturbi urinari, H. Kretschmer e N. Heaney (*Journ. A. M. A.*, 8 agosto 1925) traggono la conclusione che non di rado in gravidanza si ha una dilatazione dell'uretere e del bacinetto, bilaterale o unilaterale, specialmente a d. Non sempre è evidente il rapporto con una eventuale compressione dell'utero o della testa fetale. Tale dilatazione può esistere anche senza sintomi di cistopielite.

Alcune sindromi postgràvidiche di dolori addominali. specie nella fossa iliaca destra, o ai lombi, sono dovute a dilatazioni o inginocchiamenti dell'uretere, inginocchiamenti consecutivi alla dilatazione, secondo gli AA., e non già a causa di essa, poichè generalmente scompaiono poco tempo dopo il parto.

DORIA.

Le indicazioni della cura locale nella emorragia uterina.

Fuss (*Zeit. f. Gyn.*, 1925, n. 8), osserva che, quando l'emorragia uterina è dovuta ad alterazioni della mucosa a base infiammatoria cronica, la cura locale (causticazione, raschiamento) ap-

porta un notevole beneficio e in molti casi anche la guarigione. Ugualmente può dirsi nelle forme con mucosa atrofica con ipertrofie circoscritte (polipi).

La cura locale resta invece quasi sempre senza effetto nelle forme di iperplasia diffusa della mucosa o con disturbi a carico delle ovaie, nei quali casi è più utile una cura medica (bagni, caldo, ecc.), o qualche mezzo che agisca a moderare e regolarizzare la funzione ovarica (irradiazione della milza o delle ovaie o trapianti ovarici). Infine nelle donne anziane, emorragie genitali da cause non facilmente accertabili furono domate in circa il 70 % con la cura locale. Come ultimo tentativo si può ricorrere alla Roentgenterapia.

A. POZZI.

Nel cancro inoperabile dell'utero.

J. L. Faure (*Journal de médecine de Paris*, 29 agosto 1925) consiglia di fare delle medicazioni con uno stuello imbevuto di una pasta ottenuta mescolando ad una uguale quantità di glicerina la seguente miscela: idrato di magnesia; silicato di magnesia ana g. 20; solfato di rame g. 10. Per le prime medicature, aggiungere un cucchiaio di una soluzione di 10 g. di solfato di rame in 100 di acqua distillata.

Se vi sono grandi emorragie, aggiungere 30 gocce di soluzione di adrenalina a 1/1000. Rinnovare le medicature ogni 3 giorni. Con esse, i dolori cedono e le perdite nauseabonde si attenuano ed anche scompaiono.

All'interno, si farà prendere una volta al giorno e per 20 giorni una delle seguenti polveri: idrato di magnesio cg. 40, fosfato di potassio, fosfato di sodio, Cloridrato basico di chinino, ana cg. 20.

fil.

Il carcinoma della mammella.

Desmarets (*Le Scalpel*, 4 luglio 1925) osserva che, per farsi una idea dell'efficacia del trattamento chirurgico, occorrerebbe dapprima distinguere delle categorie ad indicazioni terapeutiche differenti. Il carcinoma del seno è anzitutto locale, poi gangliare, poi disseminato. L'importante è di cogliere la malattia allo stato iniziale.

Si devono poi precisare alcuni punti di tecnica. L'incisione fa correre un primo pericolo; è utile, di fatto, conservare un largo lembo cutaneo ascellare. Dell'asportazione larga del tumore fa parte un buon svuotamento dell'ascella per il quale si dovranno distendere largamente vasi e nervi, senza annettere troppa importaza al nervo del gran dorsale; si dovrà poi mobilizzare precocemente la spalla per evitare l'anchilosi.

Le statistiche mostrano che, quando i gangli sono presi, la recidiva si produce entro tre anni; non sempre è locale, più spesso anzi si ha una metastasi lontana. In Germania, si sono classificati i carcinomi del seno in tre gruppi: 1) piccoli, senza adenopatia (recidive rare); 2) aderenti, con adenopatia (recidive molto frequenti); 3) tumori già generalizzati (recidive nel 100 %).

Per l'opportuno apprezzamento sono necessari, oltre allo studio dello stato gangliare, l'esame istologico, in quanto che vi sono delle specie di tumori che permettono una prognosi benigna.

Sulla grave questione del sottoporre le malate all'irradiazione, l'A. dichiara di non essere ancora in grado di dare una risposta definitiva.

fil.

MEDICINA SOCIALE.

Il cinematografo e la propaganda igienica.

Per assicurare la penetrazione dei princìpi dell'igiene in tutti gli strati sociali, si riconosce la opportunità di usare tutti i mezzi allo scopo di richiamare l'attenzione delle masse. Fra questi, indubbiamente, il cinema ha oggi un gran potere di attrazione sulla folla che vi accorre, ed è strano che la gente si appassioni tanto a questa visione così deformata della vita; fenomeno di inerzia mentale, entrato oramai nelle abitudini odierne, diffuso ed irresistibile come una specie di frenesia collettiva. L'idea di sfruttare tale passione a fine di bene è sempre stata accarezzata da chi ha veramente a cuore la salute morale del popolo. Al suo sorgere, del resto, il cinema proiettava unicamente gli avvenimenti del giorno, le vedute di paesi lontani e sembrava anche avere un fine educativo e morale; soltanto in seguito ha preso tanto sviluppo la cinematografia di drammi a forti tinte che sfruttano le morbose passioni del pubblico.

Era sorta un tempo l'idea di intercalare nei programmi cinematografici delle pellicole a carattere educativo, ma non ha mai avuto buon effetto; le masse accorrono al cinema e pagano per godere ciò che a loro piace e non si interessano d'altro. Quindi, se si vuole approfittare del cinema per la propaganda igienica, occorre agire altrimenti. E questo ha giustamente compreso il Comune di Roma, fornendo anzitutto ogni scuola di un cinematografo; fatta così una buona raccolta di pellicole, la Cineteca comunale ha pensato di utilizzarle anche in altro modo. Nella bella stagione, si proiettano, la sera, sulle piazze dei vari rioni, dei programmi che comprendono visioni di paesi lontani, avvenimenti del giorno, insegnamenti di scienze naturali, fatti tolti a

buoni libri, come dal *Cuore* di De Amicis e, sempre, anche una pellicola di propaganda igienica, quali: « La mosca », « Non sputate per terra », « L'alcoolismo », ecc. Allo spettacolo gratuito accorre gran folla che si interessa alle proiezioni e, senza avvedersene, apprende qualche utile nozione.

Ma la Cineteca comunale ha fatto anche di più ed ha destinato la mattina della domenica alla esclusiva propaganda igienica che non si fa nelle piazze, ma nei singoli Cinema. La pellicola poi che, proiettata così nuda e cruda, avrebbe scarso effetto, viene commentata e preceduta da una breve conferenza per opera di un medico appositamente incaricato (1). Il pubblico, specialmente nei quartieri popolari, è composto in massima parte di ragazzi, ciò che, per qualche conferenziere, non rappresenta forse una grande soddisfazione. Ma in questi casi non si deve pensare a fare delle vere conferenze, bensì piuttosto delle brevi conversazioni molto piane, semplici e brevi. D'altra parte è proprio fra i ragazzi che la propaganda igienica riesce meglio redditizia; nè è possibile, data l'ora delle 10 del mattino, che al Cinema possano venire le donne di casa occupate per la spesa e per la casa, nè gli uomini che approfittano della mattinata festiva per sbrigare molte faccende. La scelta dell'ora, del resto, è imposta da necessità di cose perchè, evidentemente, i Cinema non potrebbero rinunciare ai pingui guadagni del pomeriggio domenicale.

Nei rioni meno popolari, invece, il pubblico comprende anche numerosi adulti ed è quindi di maggior soddisfazione per chi intende fare una vera conferenza, mentre altrove deve limitarsi a brevi parole di introduzione e di commento.

Un grave scoglio nella propaganda igienica a mezzo del Cinema sta nella pellicola stessa. Con le proiezioni fisse, le condizioni sono più favorevoli; il conferenziere sceglie le diapositive più adatte e le dispone nell'ordine logico secondo il quale intende svolgere l'argomento; in tal caso, esse illustrano realmente la parola e sono anche un aiuto per chi parla. Nulla di questo con la cinematografia, in cui invece il conferenziere deve adattarsi alla pellicola che talora deforma la verità od è addirittura erronea. Cito degli esempi. In una pellicola sulla tubercolosi, si dimostra che la difesa dell'organismo è affidata ai leucociti; ciò serve bene per far vedere (schematicamente!) il leucocita che si avvicina al bacillo, lo congloba, lo trasforma in granuli. Dal punto di vista cinematografico, l'effetto è ottenuto, ma anzitutto non si dà un'idea completa della verità e poi, praticamente, non si ottiene nulla perchè la fagocitosi, per chi non è medico, è un mistero che non ha alcun significato. Ma vi sono anche degli errori. In un'altra pellicola, sempre di una casa estera, rappresentante i metodi di pulizia personale, si vede un ragazzo nella vasca da bagno che, dopo essersi bene insaponata la faccia, se la lava allegramente nell'acqua del bagno stesso. Si può immaginare qualche cosa di più ripugnante e di meno consigliabile?

Pur troppo la scelta delle pellicole è tutt'altro che facile. Sono poche quelle realmente efficaci e dimostrative; cito, fra queste, quella sull'assistenza al bambino, fatta per cura della Direzione generale di Sanità, la quale però è adatta per un pubblico di mamme o di donne, in genere, anzichè di bambini.

Perchè la propaganda igienica col Cinema riesca veramente utile, occorre quindi anzitutto una collezione di buone pellicole, per le quali cooperi con lo scienziato anche l'uomo dell'arte che meglio intende i gusti del pubblico. Bisogna riconoscere che l'opera è ardua, perchè il primo tende ad un rigido e freddo schematismo, il secondo alla deformazione della realtà. La critica, anche in questo caso, è assai più facile che non l'arte, ma è necessaria perchè le buone intenzioni si potranno lodare, ma quello che si deve ricercare è l'effetto utile.

Molto cammino rimane ancora da fare e molti perfezionamenti debbono ancora portarsi per rendere il Cinema realmente utile ed efficace nella propaganda igienica per le masse. La Cineteca comunale di Roma che ha dato il buon esempio e che è diretta da uomini fattivi ed animati dall'entusiasmo, si è messa sulla buona strada e non mancherà di raggiungere il nobile scopo a cui tende.

FILIPPINI.

(1) Oltre al prof. Gualdi, Capo dell'Ufficio di propaganda igienica, sono fra i propagandisti il prof. Ranelletti, la dott.ssa Fambri, il dott. Sinisi.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Eredolue « ex patre ». — All'abb. n. 2529:

In tesi generale si ammette ora dai più che non vi possa essere un'eredo-sifilide esclusivamente *ex patre* e che perciò non vi sia eredo-sifilide senza sifilide materna.

La legge di Colles, secondo la quale la madre di un eredo-luetico, sfuggita clinicamente all'infezione coniugale, è immune verso la sifilide (e quindi in pratica può nutrire al seno il suo bambino malato senza timore di contagio) andrebbe intesa in questo senso, che cioè la madre sia immune in quanto è già malata se pure non presenti segni manifesti d'infezione.

I moderni metodi siero-diagnostici confermerebbero nella maggior parte dei casi questo concetto, nel quale però molti, il sottoscritto compreso, non convengono in modo assoluto. Comunque sia, nel caso prospettato dall'abbonato, solo ripetute prove sierologiche negative, in mancanza di segni clinici, potrebbero eliminare il sospetto di una lues ereditaria nella secondo-genita (mentre il primo nato è sicuramente eredo-luetico) e potrebbero quindi fare escludere il pericolo che, contraendo essa matrimonio, metta al mondo bambini luetici per eredità materna.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 12107:

1) Il cloruro di calcio per via endovenosa nella cura della tubercolosi polmonare si può usare in soluzione al 10 % iniettandone 10 cmc. anche quotidianamente. Devono essere preparate fiale di 10 cmc. avendo cura che il vetro della fiala sia perfettamente neutro. Si possono fare serie di 30 iniezioni intervallate da periodi di riposo di 10-20 giorni.

2) I preparati mercuriali con adrenalina possono essere usati nella tubercolosi polmonare, ma generalmente si preferiscono i preparati arsenicali.

E. TRENTI.

All'abb. n. 10379:

Il cloruro di calcio per via endovenosa non pare corrisponda alle speranze in esso riposte. Talora si è dimostrato di qualche utilità nella cura delle pleuriti e peritoniti essudative. Su le modalità della cura v. risposta all'abb. 12107. Non esistono controindicazioni per l'uso contemporaneo di altri medicinali. E. TRENTI.

Al dott. L. T., da S.:

Generalmente il ferro ridotto dall'idrogeno viene prescritto con acido arsenioso, p. es., secondo la formola di Strümpell: Ferro ridotto, g. 5; Acido arsenioso, cg. 3-5; Estratto di genziana, q. b.; m. f. pillole n. 100; 2-3 al dì. Ma non è da ritenersi che, in polvere, possa decomporre il metilarsinato di sodio. *fil.*

Al dott. F. C., di R. C.:

Fra le poche case di cura e di educazione ben organizzate esistenti in Italia per fanciulli e adolescenti deficienti educabili, a Roma esiste quella diretta dal prof. S. De Santis (Villa Amalia,, viale della Regina, 79-81). G. A.

Al dott. G. S. da V.:

1. U. FERRETTI: *Industria del freddo e le sue applicazioni.* Arpino, Soc. Tip. Ed., 1913.

2. U. FERRETTI: *Conservazione col freddo artificiale delle carni.* Milano, Manuale Hoepli.

g. s.

VARIA

La posizione di riposo dell'uomo.

Si considera generalmente come posizione del massimo riposo, quella cioè in cui le combustioni sono ridotte al minimo, il decubito dorsale ed è questa posizione che si fa prendere agli individui quando si fa la misura del metabolismo basale. L'idea che così sia in realtà è fondata sulle considerazioni seguenti: ogni flessione del corpo e degli arti porta affaticamento; d'altra parte anche ogni movimento di estensione stanca rapidamente. Nell'uomo che sta in piedi, di fatto, la posizione di « attenti » stanca molto di più che non quella di « riposo ». È un fatto che il decubito dorsale, posizione intermedia fra gli stati di estensione e di flessione forzata, corrisponde a delle minori combustioni, che gli stati di flessione e di estensione. Ma ciò non dimostra ancora che tale posizione sia quella in cui le combustioni sono minime, cioè che sia la vera posizione di riposo.

Delcourt-Bernard e A. Mayer (1) hanno fatto delle determinazioni del metabolismo basale mettendo l'individuo sul fianco, semiflesso, nella posizione di cane da caccia ed hanno veduto, di fatto, che le combustioni in tale posizione sono più basse che nel decubito dorsale. Ma nemmeno questa può considerarsi assolutamente come la posizione di riposo. Per conoscere quale essa sia bisogna chiedere all'individuo quale posizione egli prenda quando dorme. Si osserva allora che è proprio in essa che le combustioni sono minori. Ora, tale posizione è strettamente individuale; l'uno dormirà sul lato destro con gli arti allargati e semiflessi, l'altro invece sul dorso, ma con le mani sotto l'occipite ed una gamba semiflessa e l'altra rialzata in flessione; un terzo sta coricato sul dorso, con semirotazione del bacino a destra, la testa pure girata verso destra, i piedi incrociati e le braccia incrociate sul petto. La posizione di riposo non corrisponde quindi ad una attitudine fissa per tutti gl'individui; si può dire anzi che il decubito dorsale vero e proprio non è adottato che in minima proporzione per dormire.

Talvolta la posizione di riposo può non essere il decubito. Vi sono delle poltrone dette « da club » che offrono l'appoggio a tutte le parti del corpo. Se si confrontano le combustioni che si hanno in questa posizione, con quelle del decubito dorsale, a parità naturalmente di ogni altra condizione, si vede che nella prima sono assai più basse.

La posizione di riposo è dunque individuale. Essa è una caratteristica personale, probabilmente modificabile con l'esercizio e l'abitudine.

fil.

(1) C. R. de la Soc. de Biologie, 1925, n. 5.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXXVI. — Effetti dell'amnistia.

L'art. 86 del codice penale stabilisce il principio che l'amnistia estingue l'azione penale e tutti gli effetti penali della condanna, il che è stato interpetrato nel senso che cadono anche gli effetti civili, come quelli di cui all'art. 36 e segg. del cod. penale. Ma il licenziamento *de jure* dal posto di impiegato per incorsa condanna penale non si ricollega ad una legge penale nè costituisce pena accessoria: esso procede direttamente dall'art. 55 del T. U. delle leggi sullo stato giuridico degli impiegati civili e da altre norme analoghe contenute in speciali regolamenti, i quali non mirano ad aggravare la condizione di un condannato con la irrogazione di una pena accessoria, ma partono dalla considerazione che la condanna per certi speciali reati male si concilia con la fiducia e con il decoro di cui l'impiegato deve essere circondato.

A me sembra che questa interpetrazione restrittiva degli effetti dell'amnistia, accolta dalla V Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 2 febbraio 1925 n. 115, sia molto discutibile. L'amnistia estingue l'azione penale e fa cessare la esecuzione della condanna e tutti gli effetti penali. Ma, appunto perchè l'azione penale *è estinta e cancellata*, non si può ammettere che una *condanna* giuridicamente inesistente produca effetti che presuppongono invece la efficacia di essa. Si comprende che, estinta l'azione penale, l'amministrazione pubblica possa valutare i fatti e le prove ai fini di un giudizio disciplinare per stabilire se i fatti, che furono oggetto del giudizio penale, siano provati e siano tali da giustificare un provvedimento disciplinare. Ciò attiene alla indipendenza del giudizio disciplinare. Ma quando la destituzione o il licenziamento è senz'altro e *de jure effetto della condanna*, non è possibile che sopravviva l'effetto di una causa che ha cessato di esistere. L'amnistia estingue l'*azione penale*: dunque non soltanto non c'è più la condanna, ma non c'è nemmeno l'azione. Ora come si può derivare un effetto da una causa inesistente? La soluzione accolta dal Consiglio di Stato non mi sembra corretta anche per un'altra ragione di convenienza e di equità. Pongasi che il Tribunale abbia pronunziato sentenza di condanna e che poi, in sede di appello o di Cassazione, sia stata applicata l'amnistia e l'azione penale sia stata dichiarata estinta. Essendo l'amnistia pregiudiziale, cioè dovendo essere applicata preliminarmente, l'imputato che avrebbe avuto la possibilità di dimostrare eventualmente la sua innocenza non può più farlo perchè il magistrato arresta il corso del giudizio. Si potrebbe, in tal caso, considerare senz'altro destituito o licenziato l'impiegato soltanto perchè il Tribunale lo aveva condannato e in appello non fu possibile il riesame del giudizio di merito? Dalla massima accolta dal Consiglio di Stato, senza distinzione, deriverebbe appunto questa assurda conseguenza: che si avrebbe un effetto quando è venuta meno la causa di esso e l'effetto stesso colpirebbe l'impiegato al quale l'amnistia tolse la possibilità di rimuovere la causa medesima.

Infine e da altro punto di vista, se il licenziamento è considerato conseguenza di un fatto penalmente punibile e se, per ragioni non sindacabili, il Sovrano ha cancellato dal campo della punibilità quel determinato fatto, come si può considerare efficace la conseguenza di un fatto che ha perduto quelle caratteristiche che sole furono prese in considerazione per determinare l'effetto della destituzione o del licenziamento?

LXXVII. — Norme speciali per il trattamento di pensione.

La *Gazzetta Ufficiale*, n. 244, del 20 ottobre, ha pubblicato il decreto 11 settembre 1925, n. 1758, che proroga di tre mesi il termine stabilito dal D. L. 16 aprile 1925, n. 533, per l'applicazione delle norme del decreto stesso, con le quali fu data facoltà alle amministrazioni delle Provincie, dei Comuni e delle istituzioni pubbliche di beneficenza di rivedere le norme relative al trattamento di riposo del personale contemplate nell'ultima parte dell'art. 1º, lett. 61, del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, al fine di richiamarle in vigore in tutto o in parte esclusivamente a favore del personale regolarmente nominato a posti di organico non oltre l'entrata in vigore del citato decreto 17 maggio 1923, numero 1177.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani.

È indetta una riunione straordinaria dell'Associazione per il prossimo dicembre, in Roma, in occasione del XXII congresso della Società Italiana di dermatologia e sifilografia per deliberare sulla situazione creata dalle dimissioni di alcuni componenti il consiglio direttivo.

In detta riunione sarà svolto il seguente tema ufficiale: « La coordinazione dei vari mezzi di profilassi celtica in base all'attuale regolamento » (relatore prof. G. Piccardi, Torino).

Con altro avviso sarà fatto nota la data precisa della riunione.

Nella Federazione degli Stomatologici.

Il prof. Coen Cagli si è dimesso dalla presidenza, con una lettera pubblicata nel « Pensiero Sanitario », non potendo più accudirvi, perchè assorbito da doveri professionali; lo sostituisce il dott. Spiro Di Mento, che sarà coadiuvato da altri colleghi; la sede della Federazione viene perciò portata a Bologna, ove, eretta in Ente Morale, raggiungerà le prefisse mete auspicate con impareggiabile attività dal dott. Eugenio Bellinzona.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Assistente. L. 4000 lorde, vitto, alloggio nell'Istituto; c.-v. in L. 600 lorde. Età non superiore ai 35 a. Nomina biennale. Rivolgersi alla Direzione Sanitaria. Scad. ore 18 del 15 dic.

ANCONA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Jesi. A tutto 23 dic., stip. L. 12,000 e 10 bienni ventesimo; c.-v.; diritti di visite e certificati. Divieto del libero eserc. professionale. Kmq. 108; ab. 27798. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.20 alla tesoreria del Comune. Docum. a 3 mesi dal 14 nov. Soliti requisiti. Richiedere manifesto al Comune.

BAGNI DELLA PORRETTA (*Bologna*). *Ospedale Costa.* — A tutto il 10 dic., direttore. Docum. a 3 mesi dal 10 nov. Tassa L. 50.10 alla Cong. di Car. L. 7500, casa con giardino, a cominciare dal 1° dicembre 1927, 60-70 % onorarî; pratica in chirurgia e radioterapia. Verrà nominato un aiuto medico. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio d'Amm.

BOZZOLO (*Mantova*). — Scad. 15 dic. 1ª condotta; richiesta di speciali titoli di pratica chirurgica. Stip. L. 9000 e 5 quadrienni decimo; c.-v. come per statali; L. 800 bicicl., L. 1500 serv. ospedal.; L. 2500 quale chirurgo dell'ospedale. Età massima a. 40. Situazione famiglia. Tassa L. 50.10. Chiedere avviso al sindaco.

CASTIONE DELLA PRESOLANA (*Bergamo*). — Scad 25 dic.; stip. e indenn. conglobate in L. 16,143 oltre c.-v. e abitazione. Tassa L. 50. Capitolato-tipo.

COMO. *Colle di Monte Olimpino « Villa Aprìca », Casa di cura policlinica.* — Concorso medico-chirurgo assistente. Età limite 30 a. Stip. netto lire 10,000, più il 20 % sulle tariffe per esami chimici, biologici. Si richiede titolo di pratica seria di laboratorio. Anno di prova. Scad. 10 dic.; serv. 1° genn. 1926. Inviare domanda e titoli all'Amministrazione.

GENOVA. *Clinica medica delle malattie polmonari* (diretta dal prof. E. Maragliano). — Nei padiglioni speciali del nuovo Ospedale di S. Martino d'Albaro sono disponibili sei posti di medico praticante durante l'anno scolastico 1925-1926. Gli aspiranti dovranno fare domanda in carta semplice indirizzata al sen. prof. Edoardo Maragliano, Genova. Non si richiedono requisiti speciali negli aspiranti. Dell'ufficio prestato sarà, alla fine dell'anno scolastico, rilasciato regolare diploma. Le domande dovranno essere presentate non più tardi del 10 dicembre prossimo.

LOGGIA (*Torino*). — Scad. 8 dic.; L. 7000 per 100 pov., L. 500 uff. san.

MIRANO VENETO (*Venezia*). *Ospedale Civile.* — Medico primario. Scad. ore 18 del 5 dic. Età mass. 45 a. Tassa L. 50.10. Biennio di assistentato effettivo in Ospedale di primaria import. L. 8000 e 3 sessenni dec. Nomina biennale. Serv. entro 15 gg.

NAPOLI. *R. Accademia di Belle Arti e Liceo Artistico.* — Professore di anatomia. Docum. al Ministero della P. I. (Direz. Gener. per le Antichità e le Belle Arti). Scad. 30 dic.

PIOMBINO (*Pisa*). — Ufficiale sanitario. Vedi fascicolo 46. Scad. 20 dic.

ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Al 28 dic.; v. fasc. 46.

ROVIGO. *Ospedale Civile.* — Dirigente il servizio di Radiologia e Terapia fisica. Servizio 1° gen. Chiedere annunzio. Stip. L. 7000 e 50 % tassazioni. Scad. ore 18 del 10 dic. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Documenti a un mese dal 7 nov.

SANTOPADRE (*Caserta*). — Scad. 10 genn.; L. 8000 e 5 quadrienni di 1 dec.; cav. L. 2400; uff. san. L. 500.

S. PAOLO DI CIVITATE (*Foggia*). — A 30 giorni dal 6 nov.; L. 9000; età lim. 39 a.; serv. entro 15 giorni.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sezione Tubercolosi, sita in Isola di Sacca Sessola; L. 4800 oltre L. 1500 disag. resid., alloggio personale e vitto. Serv. di guardia. Lezioni agli infermieri, compensate L. 25 ciascuna. Titoli ed esami. Nomina biennale, conferma annua. Non diritto a pensione. Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 15 dic. Tassa L. 50 al tesoriere. Età mass. 35 a. Laurea da almeno 6 anni. Per gli assistenti dell'Ospedale condizioni speciali.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Marebbe (Trento), 2ª condotta di Lù Monferrato (Alessandria), 2ª condotta di Roncofreddo (Forlì).

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Medicina Interna.

Col 31 dicembre scade il termine per la presentazione dei lavori occorrenti al *Premio Hoffmann La Roche* di L. 10,000.

I lavori debbono riguardare argomenti di terapia ed essere pubblicati nel biennio 1925-26.

Per i lavori in corso di pubblicazione che fossero presentati al concorso, l'assegnazione del premio è rimandata a pubblicazione avvenuta.

I lavori devono essere indirizzati alla Segreteria della Società Italiana di Medicina interna presso la R. Clinica Medica (Policlinico) Roma.

Premio Alvarenga.

Il Collegio dei Medici di Filadelfia indice il concorso a un premio Alvarenga, per l'importo di circa 300 dollari, per qualsiasi argomento medico, per lavori non ancora pubblicati, scritti in inglese, a macchina. Scad. 1 mag. 1926. L'ultimo premio è stato assegnato al dott. R. Devace di Boston (Mass.) per uno studio «sulla natura dell'azione dei raggi X sui tessuti viventi». Rivolgersi a: John H. Girvin, secretary of the College of Physicians, 19 South 22d Street, Philadelphia, Pa., S. U. d'A.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Premio Umberto I dell'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna, in seguito a giudizio formulato dalla Commissione composta dei proff. Riccardo Dalla Vedova, Vittorio Putti e Francesco Delitala, è stato assegnato al dott. Aladâr Farkas di Budapest per il lavoro intitolato: «Cause e patogenesi della scoliosi».

I dottori Alessandro Alessandrini, aiuto del prof. Sanarelli, e Fulvio Pulgher, aiuto del prof. Canalis, hanno conseguito la libera docenza per titoli in batteriologia. La commissione gudicatrice, composta dei proff. Alessandro Lustig, Benedetto Morpurgo e Vittorio Puntoni, ha dispensato dalla prova pratica i candidati. Rallegramenti in particolare al prof. A. Alessandrini, nostro apprezzato collaboratore ed amico.

Il dott. Benigno di Tullio, medico delle Carceri giudiziarie di Roma, ha conseguito per titoli la libera docenza in Antropologia criminale, ottenendo la dispensa da qualsiasi prova pratica e didattica.

Al prof. grand'uff. Giuseppe Cavallaro, direttore dell'Istituto di Odontoiatria della R. Università di Firenze, è stata conferita la medaglia di bronzo al merito della Sanità pubblica, per benemerenze sanitarie acquistate durante la guerra.

Alla cattedra di ostetricia, recentemente istituita a Sidney, è stato chiamato il prof. J. C. Windeyer; il dott. Reginald Davies è stato nominato «lettore» in ginecologia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Corso internazionale di coltura medica a Karlsbad.

Nel mese di settembre scorso, alla presenza di circa 800 medici provenenti dai vari paesi di Europa, ha avuto luogo a Karlsbad, per la settima volta, il corso internazionale di coltura medica costituito da Conferenze tenute da professori invitati dalle più varie regioni di Europa.

Il prof. O. Müller di Tübingen, dopo avere illustrato il metodo Müller-Weiss per la microfotografia dei capillari, ha messo in luce i rapporti che corrono fra alterazioni di questi ultimi e alcune affezioni morbose (ulcus ventriculi, malattia di Ménière, glaucoma).

Il prof. Gigon (di Basel) illustrò, dopo avere riassunto le opinioni più recenti, la questione del metabolismo del corpo umano e descrisse l'azione che può avere su di esso la terapia idrominerale, fermandosi in particolar modo sull'insulina.

Il prof. Sellheim di Halle ha parlato dell'esame del sangue in rapporto alla ginecologia, e in particolare si è soffermato sulla reazione di Lüttgemertz-Berger, con la quale, esaminando il sangue della donna incinta si può stabilire il sesso del nascituro.

Il prof. Jaresson di Stoccolma ha illustrato i rapporti che corrono fra personalità e ghiandole a secrezione interna, ed ha discusso sulla possibilità di modificare la prima mediante un'azione terapeutica esercitata sul sistema endocrino.

Per ciò che concerne l'apparato digerente vi sono state due interessanti conferenze, rispettivamente del prof. Guggheimer di Berlino e del prof. Balist di Budapest, la prima sulla dispepsia e sul catarro intestinale, la seconda su alcune questioni riguardanti l'ulcus ventriculi ed in ispecie l'autodigestione.

I proff. Kraus di Vienna e Mühlens di Amburgo hanno ragionato dei più recenti progressi fatti nella cura e nella profilassi delle malattie tropicali.

I proff. Tannhanger di Heidelberg e David di Francoforte si sono occupati dell'obesità, il primo illustrandone i rapporti coll'apparato endocrino, il secondo soffermandosi specialmente sulle modalità della terapia.

Il prof. Wiechowski di Praga ha insistito su la importanza degli olii eterei nella farmacoterapia odierna.

Il prof. Di Gaspero di Graz ha parlato della importanza della pelle in rapporto con la terapia fisica, mettendo in evidenza come essa debba essere considerata quale organo e non come un semplice involucro.

Il prof. Mingazzini ha messo in luce le indicazioni e le controindicazioni del mercurio e del neosalvarsan sia nelle manifestazioni floride della lues nervosa sia nelle malattie impropriamente dette metaluetiche (tabes, dementia paralitica) ponendo in rilievo i risultati assai soddisfacenti otte-

nuti con la cura malarica praticata in quest'ultima malattia.

Questi sunti non concernono che una piccola parte delle numerose conferenze, le quali si sono aggirate intorno agli argomenti più vitali che agitano oggi il mondo medico. Dell'esito brillante di questo corso va data particolare lode al Comitato organizzatore e particolarmente al dott. E. Ganz giovanilmente fresco di mente e di corpo e al Sindaco signor Jakob.

NOTIZIE DIVERSE.

La V sessione del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

Si è riunita a Ginevra dall'8 al 14 ottobre ed ha deciso di intraprendere uno studio sui sistemi di assicurazione sociale nei diversi paesi (proposta ceco-slovacca); ha incaricato i suoi membri di preparare dei rapporti: sul tracoma (proposta italiana); sul controllo delle derrate alimentari (proposta jugoslava); sulla mortalità infantile (proposta olandese); sulle malattie endemo-epidemiche della costa occidentale dell'Africa (proposta francese). Ha poi studiato il modo di rendere stretta ed efficace la collaborazione fra l'organizzazione di igiene della Società delle Nazioni ed i paesi dell'America latina, favorendo anche gli scambi di personale tecnico.

La Commissione per la malaria ha deciso un viaggio collettivo di studi in Sicilia e nella parte meridionale degli Stati Uniti. Parecchi problemi rimangono ancora da studiare, come la questione dei delta in rapporto con la malaria, quella delle risaie, l'importanza degli animali nella lotta antoanofelica, ecc. Anche il cancro e la tubercolosi hanno fatto oggetto di speciali indagini.

Sono stati incaricati Chagas per un rapporto sulla lebbra, Pittaluga e Raynaud per la leishmaniosi nel bacino del Mediterraneo ed altri per studi sul morbillo, sulla scarlattina, sul valore della disinfezione nelle epidemie, ecc.

L'Italia era rappresentata dal dott. Lutrario e dal prof. Ottolenghi.

La partecipazione dell'Ordine dei medici alla sottoscrizione del dollaro.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma ha deliberato di invitare tutti gli inscritti nell'Albo a concorrere alla sottoscrizione del dollaro.

La presidenza dell'Ordine avverte quindi i colleghi che la sottoscrizione per il versamento di un dollaro, calcolato in L. 25, è aperta, e i versamenti potranno essere fatti tanto alla sede dell'Ordine di Roma, Foro Traiano 1, quanto sul conto corrente postale N. 1/2609.

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

Il 5 ottobre si è tenuta in Roma la 3ª riunione del Comitato di Assistenza agli orfani dei medici morti in guerra. Presiedeva il gen. med. Della Valle. Dalla relazione dell'attivo segretario generale cap. med. F. Bocchetti è risultato che gli orfani assistiti assommano a 45, di cui 4 con posti gratuiti al Collegio di Perugia, i quali gravano sul Comitato con L. 16,000, e gli altri 41 assistiti in famiglia, con borse di L. 1000 (n. 34), di L. 1500 (n. 6) e di L. 2000 (n. 1). Si tratta di assegnazioni molto modeste, ma siccome l'assistenza durerà fino al compimento degli studi, è preventivata la spesa complessiva di un milione, suddivisa in 18 annualità. Pur troppo non hanno dato il loro contributo i medici dipendenti dalla Sanità pubblica, dalla Sanità militare, dalla Sanità marittima e dalla C. R. I., fatta eccezione per i pochi iscritti negli Ordini; pertanto il prof. Gallenga ha proposto di richiamarvi l'attenzione delle rispettive direzioni.

Per i medici della provincia di Milano caduti in guerra.

Auspice l'Ordine dei Medici della provincia di Milano il 4 novembre venne scoperta una lapide in memoria dei medici della provincia caduti in guerra, collocata nell'atrio dell'Ospedale Militare Principale in S. Ambrogio. Erano presenti molte autorità sanitarie, politiche e amministrative. Parlarono il presidente del Comitato prof. Bertazzoli, il gen. med. Santucci e il prof. Eugenio Morelli dell'Università di Pavia; il segretario dott. Pollini lesse le molte adesioni. Fu anche celebrata una messa funebre. Venne consegnata una pergamena-ricordo al direttore dell'Ospedale col. med. Massarotti e agli intervenuti fu distribuito un *album* con le fotografie e cenni biografici dei colleghi di cui si onorava e santificava la memoria.

La lapide, opera dell'architetto G. Boni, è di linee severe; se ne stacca una figura di Minerva in bronzo, recante un ramo di lauro, opera dello scultore Bolgiani; reca i nomi dei 23 eroi, preceduti dall'iscrizione: « Ai medici caduti in guerra della città e provincia di Milano — Li infiammava al sacrificio la visione della Patria — Dalla Patria vittoriosa l'alloro e la gloria ».

Gli Istituti Clinici di perfezionamento intitolati al sen. Mangiagalli.

Nell'Aula Magna degli Istituti Clinici di perfezionamento in Milano, ha avuto luogo la cerimonia dell'intitolazione degli Istituti al nome del sen. Mangiagalli. Erano presenti il Duca di Bergamo, il prefetto, il sen. Pavia, l'on. Salterio, i professori Cavalli e Patellani, l'ing. De Marchi, rispettivamente presidente, vice-presidente e consiglieri degli Istituti, gli assessori Marchetti e Dall'Ara, pel Comune, l'on. Lanfranconi per gli Istituti Ospitalieri, don Corio per l'Arcivescovo, il prof. Livini, preside della Facoltà di Medicina dell'Università milanese e molti altri.

Il sen. Pavia passò in rapida rassegna l'opera svolta dal sen. Mangiagalli a favore degli Istituti, di cui fu l'ideatore e al cui incremento dall'epoca della fondazione fino ad oggi ha collaborato vali-

damente, con tutte le forme della sua molteplice attività, sicchè ora che il Mangiagalli lascia, colpito dalla legge dei limiti di età, la cattedra, è ben giusto — disse l'oratore — che gli Istituti vengano intitolati al suo nome.

Il sen. Mangiagalli rispose ringraziando per l'onore che gli veniva reso. Il suo ringraziamento non mancò di una nota patetica. « Sono saturo — egli disse — di onori e di onoranze, e questi con le manifestazioni che li accompagnano danno al cuore, per legge fisiologica, quella stessa sensazione che danno i dolori ». Ma il pensiero, che le onoranze di oggi si collegavano, per lui, a mezzo secolo di operosità clinica, didattica e scientifica, lo trasse poi ad evocare la sua lunga carriera di ginecologo e di docente: e l'evocazione risultò piena di particolari interessanti; da quelli che si riferivano agli inizii modestissimi, allorchè le suole delle scarpe, incessantemente logorate dal quadruplice cammino quotidiano fra l'abitazione nei sobborghi e l'Ospedale Maggiore, gli venivano risuolate *gratis* da un ciabattino, al cui figlio dava lezioni di latino, alla grandiosa e gloriosa fase odierna, ormai compiuta, costituita dalla fondazione dell'Università di Milano.

L'Istituto di Medicina Sociale a Napoli Asilo di Marechiaro.

L'Opera di Marechiaro vuole essere un Centro di assistenza igienico-sanitaria e previdenza sociale nel campo della fanciullezza e dell'adolescenza abbandonata; ragione di stimolo e di emulazione per tutte le istituzioni congeneri, che non vogliano fossilizzarsi in vecchi concetti di carità e di beneficenza, ma essere palestre di redenzione biologica e sociale, di studii profondi e conclusioni pratiche.

Il presidente fondatore dell'Opera, prof. Giuseppe Tropeano, ha trasmesso all'autorità ed ha licenziato alla stampa la Relazione ultima pel funzionamento dell'Asilo. Essa contiene anche il programma sullo sviluppo ulteriore dell'Ente: ciò che costituisce il progetto definitivo di una vasta e completa organizzazione dell'Ente medesimo, prendendo il sottotitolo di Istituto di Medicina Sociale, a confermare l'indirizzo ed il processo rigidamente tecnico-scientifico di ogni sezione dell'Opera.

L'Istituto viene disposto in due grandi divisioni, ciascuna delle quali costituita da dieci sezioni. Le sezioni della prima divisione sono tutte avviate al loro funzionamento, sebbene non tutte ancora in piena efficienza. Esse sono: 1) Ordinamento, uffici amministrativi, servizi generali; 2) Scuole elementari municipalizzate, scuola autonoma di educazione fisica; 3) Colonia marina; 4) Colonia agricola; 5) Internato e scuola di tessitura; 6) Id. di elettromeccanica; 7) Id. di marina e pesca; 8) Scuola di musica, canto corale e recitazione con cinema-teatro; 9) Scuola di archeologia, conservazione e custodia dei ruderi greco-romani in asilo; 10) Ambulatorio ed infermeria.

Le dieci sezioni della seconda divisione saranno impiantate prossimamente: 11) Scuola d'igiene: gabinetti scientifici psico-tecnici, sperimentalismo sociale, archivio storico, biblioteca; 12) Corsi integrativi, classi differenziali; 13) Internato e scuola per deficienti; 14) Internato femminile con scuola pratica di economia domestica ed assistenza all'infanzia; 15) Internato e scuola per le industrie grafiche; 16) Id. per le belle arti; 17) Scuola di zootecnica ed apicoltura; 18) La nave: gestione di servizi marittimi; 19) Centro per lo smercio dei prodotti dell'Asilo; 20) Pensione per i dimessi.

Ora l'Istituto, il cui valore è già di circa sei milioni, dispone di oltre 40 mila metri quadrati di suolo annessi al mare, ed una piccola ridentissima baia, con spiaggia e porticino. Esistono già dodici padiglioni di cui alcuni, in muratura, sontuosi, ed altri in legno ed eternit. Nel 1926 saranno sicuramente costruiti altri dodici padiglioni, pel valore complessivo di due milioni. Fra questi padiglioni, l'edificio scolastico municipale per 600 allievi, e i padiglioni sul mare pel definitivo impianto della Colonia Marina permanente per 150 posti-letto. Con tali lavori sarà completata la prima divisione.

Scuola di perfezionamento a Padova.

Nell'anno scolastico 1925-26 sono aperte le iscrizioni alle seguenti Scuole di perfezionamento le quali conferiscono il titolo di specialista: 1) Medicina interna (5 anni); 2) Chirurgia (5 anni); 3) Ostetricia e Ginecologia (4 anni); 4) Psichiatria (2 anni); 5) Medicina dell'apparato respiratorio (2 anni); 6) Urologia (3 anni); 7) Igiene pubblica (2 anni); 8) Medicina legale ed Infortunistica (2 anni); 9) Dermosifilopatia (2 anni); 10) Igiene scolastica (2 anni). Si può essere iscritti ad un anno di corso successivo al primo, qualora si abbiano particolari titoli acquisiti dopo la laurea, da valutarsi dal Consiglio della Scuola. Internati. Dissertazione a stampa. Tasse e soprattasse scolastiche vigenti per la Facoltà medica; per le esercitazioni e altre prestazioni contributo di L. 500 per la Scuola d'infortunistica, di L. 1000 per le altre. I corsi si sono iniziati il 16 novembre. Rivolgersi alla segreteria.

Lotta antitubercolare nel Biellese.

Da un biennio si è istituita nella regione biellese la « giornata lavorativa » a beneficio dell'Ospedale e del Consorzio antitubercolare; vi concorrono tutti, dal ricco al povero, dal professionista all'artigiano, dall'industriale all'operaio; nel 1924-25 la somma raccolta ha superato di lire 100,000 quella dell'anno precedente.

Per un Sanatorio antitubercolare in provincia di Trento.

In una riunione a Palazzo Viminale di Roma, cui presero parte il ministro dell'Interno on. Federzoni, il ministro dei Lavori Pubblici on. Giu-

riati e il sottosegretario delle Finanze on. D'Alessio insieme con la Commissione dei rappresentanti delle provincie e dei consorzi antitubercolari di Trento, Treviso e Venezia, si discusse sulla istituzione e sulla gestione di un Sanatorio regionale a Plancios sopra Bressanone.

L'on. Federzoni espresse il suo compiacimento per la iniziativa delle Provincie Venete, unitesi a Venezia per concorrere col Governo nell'opera di ricostruzione nazionale, promettendo tutto il suo appoggio per il felice risultato di questa affermazione di solidarietà da parte degli Enti locali nella lotta contro la tubercolosi.

Nella riunione si riconobbe la necessità di affrettare le pratiche perchè l'unione delle Provincie Venete possa al più presto avere la libera disponibilità del tenimento di Plancios.

All'uopo il Ministero dell'Interno invierà sul posto un Ispettore generale, munito dei poteri necessari anche da parte dell'Amministrazione finanziaria.

Colonia marina di Aspra.

Sulla spiaggia di Aspra (Palermo) è stata posta la prima pietra di una colonia marina istituita con elargizioni del sen. prof. Cirincione. Alla cerimonia intervenne una folla di autorità e di popolo.

Infortuni di sanitarî.

Siamo lieti d'informare che l'infortunio automobilistico riportato or è qualche tempo dal prof. L. Ferria e del quale demmo notizia nel fasc. 46, ebbe una gravità relativa; l'insigne sanitario ha ripreso in pieno le sue occupazioni, tanto da poter venire in Roma a fine d'ottobre, pel Congresso di Urologia.

Per i laureati nel 1900 a Roma.

I medici laureati nel 1900 a Roma sono invitati a partecipare al convegno indetto da un numeroso gruppo di colleghi per domenica 13 dicembre. Le adesioni debbono venire inviate al prof. Arnaldo Biasiotti, Piazza SS. Apostoli, 49 - Roma (1).

Comunicato.

Ricordiamo che sono aperte le iscrizioni dei Medici Chirurghi al corso 1925-26 nella Scuola di Odontoiatria e Protesi dentaria presso la R. Università di Bologna, pel conseguimento del diploma per specialisti in odontoiatria e protesi dentale.

Essendo il numero dei posti limitato, l'accettazione viene regolata secondo la priorità nella presentazione dei documenti e pagamento delle relative tasse.

Per programmi ed informazioni rivolgersi presso la segreteria della Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Bologna e presso la Direzione dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca, via S. Vitale 59 - Bologna (13) nei locali del quale ha sede la scuola.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 7 Dicembre 1925 Fasc. 49

IL POLICLINICO

Per il 1926.

Ai Medici Italiani,

Se noi, senza riandare i programmi dei XXXII anni di vita del **Policlinico**, *vogliamo mettere, nell'affacciarsi dell'anno nuovo, il nostro passato a garanzia del nostro avvenire, ci possiamo limitare ai programmi del dopo guerra. Essi rappresentano fedelmente, documentano, gli sforzi compiuti dal nostro periodico per mantenere — come ha mantenuto — intatta la sua compagine, regolare il suo funzionamento vivo il suo programma di clinica castigata, ma fervida d'ideali.*

I nostri programmi dimostrano altresì come, subito dopo la guerra, intuissimo che una nuova èra s'iniziava per il mondo civile e soprattutto per la nostra Italia in ogni campo dell'attività. Nel'20 con cuore sicuro auspicavamo che la medicina italiana fosse per prendere **la posizione che il genio del passato e la tenacia del lavoro** *le assicuravano. Una fede invitta ci guidava ad affermare che, mercè* **la forza del lavoro e la virtù del sacrificio,** *l'Italia* **avrebbe conquistato nel mondo un posto più alto e più degno.**

È quindi con gioia di cittadini, se non con soddisfazione di profeti, che noi vediamo ogni giorno svolgersi sempre meglio il sentimento di ferma italianità e di dedizione all'ideale, che noi abbiamo da anni esaltato come armi sicure per il trionfo di nostra gente.

Sull'albore di questo nostro XXXIII anno ai vita, nella larga realizzazione delle nostre speranze, siamo lieti di inquadrare l'opera nostra nel movimento di rinnovazione d'Italia, in conformità delle nostre direttive, intensificando l'ardore del sentimento e acuendo con ogni severità lo spirito critico affinato dalla lunga esperienza.

La ripartizione del **Policlinico** *in due grossi fascicoli mensili, uno medico e uno chirurgico, destinati alle memorie più ampie e documentate di patologia e clinica, e in un fascicolo settimanale di 32-48 pagine a doppia colonna, offre a noi campo ampio e sufficiente per soddisfare le esigenze della coltura, della clinica e della vita professionale dei medici d'ogni categoria.*

I fascicoli mensili — sezione medica e sezione chirurgica — segnano i passi del progresso italiano nella clinica; il fascicolo settimanale — sezione pratica — contiene i brevi contributi della pratica quotidiana dei medici nostri, raccoglie il meglio dai giornali del mondo intero, esamina i problemi della vita sociale e professionale, informa i medici di quanto li può interessare nei molteplici campi della loro influenza.

Un così completo e felice ordinamento s'è venuto plasmando e perfezionando con il volgere degli anni, per le esigenze della vita pratica, e in grazia d'una cordiale intesa tra redazione e amministrazione, che soddisfa — e spesso anzi previene — i desideri e i bisogni dei nostri abbonati. Non indulgere alle **specialità** *e ai prodotti di composizione ignota; respingere ogni lavoro che manchi di fondamento dimostrativo, ma non chiedere nè il timbro d'una scuola, nè la bolletta dell'abbonato; riassumere e notificare quanto è serio e onesto da qualunque nazione, anzi da qualunque parte, esso venga; rifuggire da ogni vacua fraseologia per esprimersi nella forma più breve, piana e chiara; illuminare tutta questa giornaliera e dura fatica con la spiritualità che eleva l'esercizio medico dal mestiere al sacerdozio: tale è in concreto la nostra opera.*

In essa abbiamo avuto finora dai medici italiani pieno consenso, da cui abbiamo tratto e conforto e stimolo insieme. Contiamo su quest'appoggio anche per l'avvenire, e apriamo loro le porte e il cuore, invitandoli a lavorare con noi, per lo sviluppo e il decoro della medicina italiana.

LA REDAZIONE.

L'Amministrazione dal canto suo in questo volgere di anni ha sempre dimostrato coi fatti di non trascurare nulla di quanto può rendere più proficua e più accetta ai lettori l'opera perspicace della Redazione.

Ha portato continui miglioramenti nella parte tipografica del giornale e nelle illustrazioni; mai ha lesinato lo spazio richiesto dalla crescente materia: difatti l'annata 1923 venne superata da quella del 1924 di 34 pagine, mentre l'attuale annata 1925 già sor-

passa di ben 100 pagine (corrispondenti a tre fascicoli) quella scorsa; diamo così la migliore dimostrazione del nostro asserto.

I nostri sforzi però non sono stati vani: abbiamo veduto aumentare in maniera progressiva il numero dei nostri abbonati, che sono ormai gran parte dei medici pratici italiani, il che dà a noi la fiducia che basti seguire con gli stessi intenti, mantenere lo stesso indirizzo, per continuare ad accrescere sempre la cerchia dei nostri lettori e guadagnare sempre maggior stima e simpatia.

Senza tema di essere smentiti possiamo bene affermare che la tiratura de **IL POLICLINICO** equivale a quella di parecchi altri periodici italiani del genere messi insieme.

IL POLICLINICO ha saputo conformarsi alle tendenze innovatrici della moderna medicina e insieme alle nuove esigenze sociali. Ha vissuto, e vive, la vita dei medici che studiano, lavorano e sentono la nobiltà della loro missione.

Da tutto ciò il nostro successo.

Sono già varî anni che l'Amministrazione sopporta aggravi di ogni specie; nonpertanto il prezzo del periodico è stato mantenuto entro limiti ristrettissimi. Si vanno ora manifestando ulteriori incrementi di spese (nelle tariffe postali, nella carta, nella mano d'opera tipografica, nelle imposte, nel fitto, ecc. ecc.); sarebbe dunque prudente di elevare almeno di un terzo il prezzo attuale d'abbonamento; al contrario l'Amministrazione si è limitata a chiedere, nel corso del 1925, e mantiene ora, un aumento di prezzo esiguo, molto minore di quello sancito nel maggio u. s. dall' "Unione Editori", e — si noti — per la sola Sezione Pratica, mentre per le altre due Sezioni il prezzo d'abbonamento cumulativo è stato ridotto (da L. 28 a L. 25). Ciò documenta lo spirito di estrema discrezione da cui è animata l'Amministrazione, la quale non intende chiedere agli abbonati se non un "minimum,, di sacrifizi.

È vanto della nostra Amministrazione di essersi tenuta sempre al disopra di ogni concezione puramente commerciale e di avere anzi considerato i propri abbonati come una grande famiglia.

In tal modo **IL POLICLINICO** ha un pubblico suo fatto di medici pratici italiani e stranieri; nel volgere ad essi il saluto affettuoso per l'anno nuovo e il cordiale ringraziamento per l'appoggio, l'opera, i consigli accordatigli, confida di poter conservare intatta quella comunanza di idee e di sentimenti che dura e si rinvigorisce da XXXII anni.

L'EDITORE.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO,, PER IL 1926.

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 60	Lire 100
(1*a*) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 35	Lire 50
(1*b*) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 35	Lire 50
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 85	Lire 140
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 85	Lire 140
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 100	Lire 160

Una preghiera ai nostri fedeli abbonati!

Affrettare quanto più possibile l'invio dell'importo di rinnovazione dell'abbonamento pel 1926 e, sul polizzino del vaglia postale, applicare possibilmente la fascetta con la quale si sono finora ricevùti i fascicoli o, quanto meno, indicare con esattezza il rispettivo numero di abbonamento. Con ciò verranno facilitati due compiti: all'Ufficio d'Amministrazione, quello dell'esatto accreditamento del pagamento nella rispettiva partita; all'Ufficio di Spedizione, l'altro di mantenere ininterrotto e regolare l'invio dei fascicoli pel nuovo anno 1926.

Ricordiamo che il vaglia postale dovrà essere indirizzato nominativamente all' editore LUIGI POZZI, via Sistina, 14, Roma, e che (nel posto riservato al bollo dell'Ufficio Postale pagatore) deve essere munito della prescritta marca da bollo da 5 centesimi fino alle L. 100 e da centesimi 10 se il vaglia supera le L. 100. Chi si trova sprovvisto della marca accresca dei detti centesimi l'importo del vaglia stesso.

N. B. — Del vaglia postale inviato in saldo dell'abbonamento, deve conservarsi la relativa ricevuta.

L' EDITORE.

Per gli abbonamenti cumulativi col "Policlinico,, vedere alle pagg. III e IV alla fine del Fascicolo

ANNO XXXII Roma, 7 Dicembre 1925 Fasc. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI

Azione del cloruro di sodio sul batteriofago.

DOTT. ALESSANDRO ALESSANDRINI, aiuto.

Nel corso di una serie di esperienze istituite per stabilire l'*attività litica* di un batteriofago antitifico, isolato dalle feci di un convalescente di febbre tifoide, mi venne fatto di osservare un comportamento singolare della soluzione fisiologica di NaCl su questo batteriofago, di fronte al brodo ordinario.

Come è noto, per giudicare l'attività litica di uno stipite di batteriofago è necessario fissarne il grado sino al limite massimo e si usa il metodo proposto dal Werthemann, basato sulle diluizioni successive, che consiste nell'aggiungere ad un tubo contenente 9 cmc. di brodo comune 1 cmc. di principio litico: di questa prima diluizione se ne prende 1 cmc. e si aggiunge a 9 cmc. di brodo di un secondo tubo e così di seguito per una serie di una ventina di tubi. Tutti i tubi sono quindi seminati con una ansata normale del ceppo batterico sensibile e dopo 12-18 ore di incubazione in termostato a 37°, si fa la lettura.

L'esponente della diluizione limite nella quale avviene ancora la lisi dà la misura della attività litica dello stipite di batteriofago saggiato e si esprime col segno e_L che si definisce *esponente litico*.

Orbene lo stipite di batteriofago antitifico di cui abbiamo fatto parola ha agito ad una diluizione espressa da $\frac{1}{10^9}$, ossia ha presentato un esponente litico di 9.

Volli allora vedere se sostituendo al brodo nel primo tubo della soluz. fisiol. di NaCl l'esponente litico subisse delle modificazioni e per questo aggiunsi 1 cmc. di lisato batteriofagico a 9 cmc. di soluz. fisiol. di NaCl al 0,9 % eseguendo le successive diluizioni in brodo ordinario.

Risultò che l'esponente litico rimase invariato. Ma avendo nuovamente determinata l'attività litica del batteriofago diluito in soluz. fisiol. dopo che la serie dei tubi era rimasta in termostato a 37° per 24 ore, notai che l'esponente litico era leggermente diminuito e precisamente di 7.

Ritenni interessante di ripetere l'esperienza dopo aver tenuto il primo tubo della serie per altri 5 giorni in termostato ed eseguita la determinazione dell'attività litica risultò ancora e notevolmente abbassata perchè l'esponente litico fu di 4.

Eseguita una nuova determinazione dopo altri 5 giorni di termostato trovai che l'attività litica era completamente scomparsa e l'esponente litico uguale a 0.

Dunque il batteriofago diluito in soluz. fisiol. di NaCl dopo 10 giorni di termostato a 37° aveva

completamente perduto la sua attività tanto che non mi fu possibile di mettere in evidenza alcuna *area batteriofagica* negli strisci su tubi di agar inclinato, mentre nelle prove di controllo eseguite contemporaneamente col brodo ordinario il batteriofago in questione non aveva affatto modificate le sue proprietà.

Quale la causa del fenomeno? Era essa dovuta allo stipite di batteriofago cimentato o alla soluzione fisiologica? Ho ripetuto allora la ricerca con altri due stipiti di batteriofago, uno antishiga ed uno anticoli, di cui il primo presentava un esponente litico di 12 ed il secondo di 8.

In 2 matracci, contenenti ciascuno 45 cmc. di soluz. fisiol. di NaCl al 0,9 %, ho aggiunto in uno 5 cmc. di principio litico antishiga, nell'altro 5 cmc. di principio litico anticoli e subito dopo ne ho determinate le attività litiche secondo il metodo descritto. L'esponente litico non ha subito alcuna modificazione in nessuno dei due casi.

I 2 matracci sono stati allora posti in termostato e dopo 72 ore ho determinato nuovamente l'esponente litico che per il batteriofago antishiga è disceso a 9 e per l'anticoli a 7.

Al quinto giorno l'esponente litico era rispettivamente di 5 e di 3: al decimo giorno l'esponente litico per il batteriofago antishiga di 2, esponente litico 0 per l'anticoli: dopo 12 giorni di termostato esponente litico 0 anche per il batteriofago antishiga.

Non v'ha dubbio alcuno che il *contatto prolungato* in soluz. fisiol. di NaCl agisce in modo nocivo sul batteriofago distruggendolo. E che sia così lo si desume anche dalle prove eseguite per esaltare nuovamente l'attività litica dei due batteriofaghi col metodo descritto da D'Hérelle, che consiste nell'eseguire delle filtrazioni successive attraverso candela dei liquidi nei quali si sospetta la presenza di principio litico, prove che sono risultate del tutto negative.

* * *

Ho ritenuto opportuno di estendere le mie ricerche e di studiare, ponendomi sempre nelle stesse condizioni di esperimento e adoperando sempre la stessa tecnica, il comportamento dei tre stipiti di batteriofagi di fronte all'acqua distillata e ad una delle acque potabili di Roma (*acqua Marcia*).

La tecnica usata è stata la seguente. L'acqua distillata e l'acqua potabile sono state distribuite in matracci di *vetro di Jena* rispettivamente nella quantità di 45 cmc. per matraccio che poi sono stati sterilizzati in autoclave. Ho aggiunto quindi 5 cmc. di principio litico antitifico in un matraccio contenente acqua distillata, e 5 cmc. dello stesso lisato in un matraccio contenente acqua potabile, in modo da avere una diluizione 1:10. Lo stesso procedimento ho eseguito per il principio litico antishiga e per quello anticoli.

Subito dopo ho proceduto alla determinazione dell'esponente litico: quindi i 6 matracci sono stati messi in termostato a 37° e dopo 3, 5, 10, 15 giorni ne ho saggiate le attività litiche.

Ecco i risultati ottenuti che riassumo nelle due seguenti tabelle.

TABELLA I. *Esperienze con acqua distillata sterilizzata.*
Determinazione delle attività litiche espresse dai rispettivi esponenti litici.

	Subito dopo la diluizione in H_2O distillata	Dopo 3 giorni di termostato a 37°	Dopo 5 giorni di termostato a 37°	Dopo 10 giorni di termostato a 37°	Dopo 15 giorni di termostato a 37°
Batteriofago antitifico	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$
« antishiga	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 9$	$e_L = 9$
« anticoli	$e_L = 8$	$e_L = 8$	$e_L = 6$	$e_L = 6$	$e_L = 6$

TABELLA II. *Esperienze con acqua potabile* (acqua Marcia) *sterilizzata.*
Determinazione delle attività litiche espresse dai rispettivi esponenti litici.

	Subito dopo la diluizione in acqua potabile	Dopo 3 giorni di termostato a 37°	Dopo 5 giorni di termostato a 37°	Dopo 10 giorni di termostato a 37°	Dopo 15 giorni di termostato a 37°
Batteriofago antitifico	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$
« antishiga	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 12$
« anticoli	$e_L = 8$	$e_L = 8$	$e_L = 8$	$e_L = 8$	$e_L = 8$

Dunque mentre l'attività litica dei tre stipiti di batteriofagi, espressa dai rispettivi esponenti litici, è completamente distrutta dal contatto prolungato in soluz. fisiol. di NaCl al 0,9 %, essa ha subito solo una leggera diminuzione in acqua distillata su due dei tre stipiti saggiati, ed è rimasta invariata in acqua potabile.

Quest'ultimo caso apporta un contributo ed una conferma alle osservazioni di D'Hérelle, Dumas, Wagemans, Arloing e Sempé dalle quali risulta che le acque potabili, stagnanti e dei fiumi contengono dei batteriofagi multipli dotati di una attività litica elevatissima.

L'azione nociva esercitata dal NaCl sui batteriofagi può essere però corretta in parte, se non in tutto, dalla presenza nella soluzione di piccole quantità di carbonato di calcio. Ciò si accorda perfettamente con le osservazioni della Traube-Mengarini e di Scala.

Questi autori in una serie di interessantissime ricerche sull'azione del NaCl sui corpuscoli rossi del sangue di rana, sui tripanosomi della rana, sui parameci e sulle opaline hanno dimostrato che nella soluz. di NaCl, pur essendo soddisfatte le condizioni della pressione osmotica, il cloruro di sodio esercita una azione dannosa sulle emazie e sui protozoi, alterando in quelle gravemente la costituzione, inducendo in questi, più o meno rapidamente, la morte. Hanno poi constatato che gli effetti nocivi del NaCl possono essere neutralizzati dalla presenza nella soluzione di piccole quantità di carbonati dei metalli alcalini e alcalino-terrosi e giustamente fanno osservare che *la soluz. di NaCl solo non è fisiologica*, ma che per essere veramente fisiologica deve esser costituita di un miscuglio di sali che correggano a vicenda le proprie azioni tossiche.

Perciò, procedendo secondo la tecnica già descritta, ho ripetuto le esperienze coi tre stipiti di batteriofagi, aggiungendo alla soluz. di NaCl al 0,9 % una piccola quantità di carbonato di calcio (circa 0,004 %).

I risultati, come si può desumere dalla seguente tabella, non possono essere più probativi.

TABELLA III. *Esperienze con soluz. fisiol. al 0,9 % cui è stato aggiunto 0,004 di carbonato di calcio. Determinazione delle attività litiche espresse dai rispettivi esponenti litici.*

	Subito dopo la diluizione	Dopo 3 giorni di termostato a 37°	Dopo 5 giorni di termostato a 37°	Dopo 10 giorni di termostato a 37°	Dopo 15 giorni di termostato a 37°
Batteriofago antitifico	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 9$	$e_L = 8$	$e_L = 8$
« antishiga	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 12$	$e_L = 9$	$e_L = 9$
« anticoli	$e_L = 8$	$e_L = 8$	$e_L = 8$	$e_L = 6$	$e_L = 6$

Se ne deduce che il comportamento dei tre batteriofagi in soluz. fisiol. di NaCl al 0,9 %, corretta coll'aggiunta di piccole quantità di carbonato di calcio, è molto simile, per non dire eguale, a quello riscontrato nelle esperienze con acqua distillata: infatti si è avuta una leggera diminuzione dell'attività litica in decima giornata di termostato a 37°, che è rimasta costante nelle successive determinazioni.

* * *

È ormai ben dimostrato che la soluzione cosidetta fisiologica esercita una azione inibitrice e dannosa sulla vitalità di molti microbi visibili. Le ricerche di Méquel, che per il primo ha studiato il potere ostacolante del NaCl sulla moltiplicazione dei germi atmosferici, quelle di Ficker, di Loeb, di M. Levi della Vida, di Wilson e Shearer, di Legroux ed Eliava, di Duthoit e recentemente di Panisset, Verge e Carneiro, per non citare che i principali, non lasciano alcun dubbio in proposito.

Fatto degno di nota, questi tre ultimi autori hanno inoltre messo in evidenza che l'acqua distillata, contrariamente a quanto si è ritenuto sino ad oggi, permette ai microrganismi di conservare inalterate le loro proprietà morfologiche e biologiche, anzi rappresenta, salvo forse per il bacillo carbonchioso, un mezzo di scelta per la persistenza della loro vitalità.

Identico comportamento noi abbiamo riscontrato per il batteriofago di fronte alla soluz. fisiologica e all'acqua distillata, per cui siamo indotti ad ammettere più per la natura vivente che per la natura chimica del principio litico trasmissibile in serie, contrariamente a quanto asserisce I. da Costa Cruz, anche perchè il meccanismo

intimo dell'azione tossica del NaCl ne è una conferma.

Dobbiamo infatti agli studi della Mengarini e di Scala la spiegazione chiara e precisa di questo fenomeno biochimico. Essi infatti hanno dimostrato che gli effetti nocivi del cloruro di sodio dipendono dall'acido cloridrico che si mette in libertà in presenza del protoplasma vivente, allorchè il cloruro di sodio, penetrato nel contenuto protoplasmatico, forma dei sodio-proteidi che poi divengono acido-sodio-proteidi: in altre parole che nella cellula vivente e *solo quando è viva*, per azione del cloruro di sodio si va formando un ambiente acido per acido cloridrico il quale produce gli effetti letali che conducono alla distruzione e alla morte della cellula.

CONCLUSIONE (1).

Nelle ricerche batteriologiche si usa sempre emulsionare i germi in soluz. fisiol. di NaCl, ma in detta soluzione, pur essendo soddisfatte le condizioni della pressione osmotica, il cloruro di sodio esercita una azione tossica, alterando la costituzione del protoplasma dei batteri e inducendo in questi più o meno rapidamente la morte.

Anche il batteriofago in soluz. fisiol. si comporta alla stessa stregua dei batteri, è cioè ucciso. Se però si aggiunge alla soluz. di NaCl piccolissime quantità di carbonato di calcio (0,004 %) se ne corregge in parte l'azione nociva.

Nell'acqua distillata, e meglio ancora nell'acqua potabile comune, l'attività litica del batteriofago, espressa dall'esponente litico, rimane invariata.

Queste esperienze apportano, sebbene indirettamente, un contributo alla teoria sulla natura microbica del batteriofago.

BIBLIOGRAFIA.

MIQUEL e CAMBIER. *Traité de bactériologie pure et appliquée.* Naud, 1902.

FICKER. Zeitschrift f. Hygiene, *29*, 1898, p. 1.

LOEB. Biochemische Zeitschrift, *2*, 1906, p. 81.

M. LEVI DELLA VIDA. Annali d'Igiene, *19*, 1909, p. 249.

DUTHOIT. Compt.-rend. de la Soc. de biol., *89*, 1923, p. 548, 550 e 553.

PANISSET, VERGE e CARNEIRO. Ann. de l'Inst. Pasteur, *39*, 1925, p. 80.

I. DA COSTA CRUZ. Compt.-rend. de la Soc. de biol., *90*, 1924, p. 236.

BRUTSAERT. Ibidem, *90*, 1924, p. 646.

T. MENGARINI e SCALA. Archivio di fisiologia, *3*, 1906, p. 572 e *4*, 1907, p. 720.

(1) I risultati di queste esperienze sono stati oggetto di una comunicazione orale tenuta alla R. Accademia Medica di Roma, nella seduta ordinaria del 29 marzo 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE PSICHIATRICO DI S. SEVERINO IN VENEZIA
diretto dal prof. L. CAPPELLETTI.

Alcuni casi di paralisi progressiva curati con la inoculazione della malaria. (1)

Per il dott. TANCREDI CORTESI, vice-direttore.

Ho sottoposto alla inoculazione della malaria (terzana) negli anni 1924-1925, secondo il noto metodo Wagner v. Jauregg, n. 14 (quattordici) paralitici progressivi ricoverati nell'Ospedale di San Servolo, in vario stadio della malattia.

In quattro di questi non si ebbe lo sviluppo della febbre malarica. Nei rimanenti dieci malati, a distanza di una, due, tre settimane dalla inoculazione, si ebbe lo sviluppo di accessi febbrili tipici che in due casi cessarono spontaneamente dopo quattro-otto accessi, mentre negli altri non cessarono che con la somministrazione del chinino: lasciai svolgersi da otto a quindici accessi, secondo la varia resistenza fisica dei malati, raggiungendo, in due terzi circa degli accessi, temperature intorno ai 40° e spesso anche superiori.

La infezione fu sempre sopportata bene e non dette luogo a inconvenienti: la interruzione della febbre fu ottenuta quasi costantemente sin dalle prime somministrazioni del chinino. Nessuno dei malati inoculati morì in causa della malaria· uno solo venne a morte tre mesi dopo la interruzione della febbre, per cause indipendenti da questa.

Cessati o interrotti gli accessi febbrili, sottoposi i malati alle solite cure arsenobenzoliche (iniezioni endovenose) e bismutiche.

Su dieci casi così trattati, *in cinque casi* ho osservato *miglioramenti di vario grado*: *molto notevole in un caso* che fu potuto curare poco dopo la violenta esplosione della malattia, in cui si è ottenuto un riordinamento psichico quasi completo, permanendo solo lieve fatuità e ipocritica, senza però scomparsa, ma solo attenuazione, della disartria e dei tremori mimici; remissione che persiste da oltre sei mesi; *miglioramento abbastanza notevole* in altri due casi (in cui si trattava di forme datanti da due-tre anni, ma non gravi); in questi si è notato scomparsa del delirio, riordinamento del contegno, persistenza di notevole fatuità e deficienza critica; *in altri due casi*, uno antico e uno recente (ma in questo ultimo la febbre fu dovuta interrompere al quinto accesso per le cattive condizioni generali causate dalla grave agitazione psicomotoria) il miglioramento è stato

(1) Comunicazione inviata al Congresso Freniatrico di Trieste del 24-27 settembre 1925.

più lieve (parziale riordinamento del contegno, notevole attenuazione del delirio e dell'incoerenza).

Resta a vedere se tali parziali remissioni, che datano tutte da pochi mesi (tre-sei), abbiano una persistenza maggiore e un diverso significato dalle solite non infrequenti remissioni spontanee della p. p.

In tutti questi casi, al miglioramento psichico — che si è iniziato di solito un mese o due dopo la cessazione della febbre —, non ha corrisposto un adeguato miglioramento dei disturbi neurologici; la disartria, i fenomeni pupillari e i tremori sono persistiti o si sono solamente attenuati: la reazione Wassermann nel sangue è rimasta invariata: invariate in genere sono rimaste anche le varie reazioni del liq. C. R., meno in un caso in cui si è notato attenuazione della R. W. della Nonne-Apelt e della linfocitosi.

Negli altri cinque casi, di cui uno solo recente e gli altri quattro antichi e gravemente demenziali, non si è ottenuto nessun miglioramento.

Il beneficio che può attendersi dalla cura malarica è assai più notevole nei primi stadi della paralisi progressiva, anche se la malattia si insedia in modo grave e tumultuoso. Qualche beneficio può attendersi anche nelle forme clinicamente affermatesi da due-tre anni, se non si tratta di forme gravemente demenziali: in queste ultime, e in genere negli stadi inoltrati della malattia, nessun vantaggio può attendersi dalla cura malarica.

Pare che il beneficio della cura sia tanto più notevole quanto più alta e duratura fu la febbre: sembra perciò opportuno prolungare gli accessi il più possibile, compatibilmente con la resistenza organica del soggetto. Nessun caso di malaria spontanea ebbe mai ad osservarsi nell'Ospedale di S. Servolo durante o dopo tali forme di malaria provocata.

Venezia, 22 settembre 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Un caso di sarcoma congenito

per il dott. SALVATORE CASTELLANA
(Palma Montechiaro).

Riferisco un caso di sarcoma in un neonato, perchè tale affezione non si osserva spesso nella pratica comune e la storia di questo caso clinico può essere di utilità pratica.

10 aprile 1924, S. R. di mesi due, da Palma Montechiaro (Girgenti). Il padre gode buona salute e dice di non avere avuto malattie degne di nota. La madre ha avuto due gravidanze condotte a termine. Essa durante l'ultima gravidanza, a termine della quale diede alla luce la bambina che è oggetto del presente studio, dice di essere stata operata due volte per appendicite e cioè al secondo e terzo mese di gestazione. La sorellina della piccola paziente, di anni tre, nacque ed è tuttora affetta da epicanto.

La paziente nacque al nono mese con parto fisiologico ed è allattata al seno materno. Cinque giorni dopo la nascita la madre notò nella bambina una piccola tumefazione dura alla regione anteriore della gamba di sinistra, che andò sempre crescendo fino a raggiungere la grandezza attuale.

Esame generale: B. di costituzione regolare, la lunghezza ed il peso non si allontanano dalla media per i bambini di quell'età, il pannicolo adiposo è bene sviluppato. Nulla all'esame della testa e degli organi contenutivi, nulla all'esame del collo.

Al torace fra la linea ascellare posteriore di destra e la scapolare anteriore dello stesso lato notasi una tumefazione della grossezza di una nocciuola, il cui colorito della pelle sovrastante è rosso cupo; detta tumefazione è aderente alla pelle e mobile sul tessuto sottocutaneo. Notasi inoltre una piccola tumefazione alla regione scapolare di sinistra della grossezza di un cece, molle, mobile, non aderente alla pelle del colorito della pelle normale.

L'addome si presenta un po' tumido, la palpazione non è dolorosa e nulla si rileva di anormale alla percussione. All'inguine di sinistra notasi una tumefazione della grandezza di una nocciuola aderente alla pelle, mobile sul sottocutaneo e di colorito bluastro con evidenti vasi iniettati. Nulla all'esame degli arti tranne quanto dirò nell'esame locale dell'arto inferiore di sinistra. L'alvo non è regolare, infatti va di corpo in media tre volte al giorno e le feci sono molli, granulose e di colorito verdastro. Polso 130, temperatura 36.8, respiro 28.

Esame locale - Ispezione. La coscia di sinistra si presenta uniformemente ingrossata dall'inguine al ginocchio e del volume di un grosso cedro. La pelle si presenta tesa, liscia, lucente, di colore rameico con evidentissime vene formanti un reticolo irregolare; in alcuni punti sono evidenti anche reti capillari.

Palpazione. La tumefazione della coscia sinistra ora descritta alla palpazione non dà una sensazione uniforme, infatti essa si presenta pastosa-elastica dall'inguine alla metà della coscia, men-

tre verso il ginocchio dà un senso evidente di fluttuazione; al lato esterno del ginocchio notasi però un punto di maggiore resistenza. La pelle sovrastante alla tumefazione è più calda dei punti simmetrici dell'altra coscia e delle rimanenti parti del corpo.

Percussione. La percussione su tutto l'ambito del tumore dà risonanza ottusa.

Ascoltazione. All'ascoltazione non notasi nessun rumore di soffio, nè si sente il polso dell'arteria femorale.

Diagnosi. Sede principale dell'affezione è la coscia sinistra, ma anche l'apparato glandolare linfatico e la pelle sono invase dal male. Considerato poi che la tumefazione della coscia sinistra è andata rapidamente crescendo fino a raggiungere il volume di un grosso cedro; considerato che la superficie di detto tumore è liscia, tesa, lucente, di colore rameico e come marmorizzata per le molte vene evidentissime; considerato che alla palpazione la tumeazione non si presenta uniforme e che la pelle è più calda delle altre parti del corpo; considerato che alla percussione dà suono ottuso su tutto l'ambito e che all'ascoltazione non si sentono soffi; considerato infine che l'affezione ha invaso gradatamente l'apparato glandolare linfatico e la pelle, si fa diagnosi di sarcoma congenito con metastasi all'inguine, all'ascella destra ed alla regione scapolare sinistra.

Prognosi. Data la natura dell'affezione la prognosi è infausta.

Cura. Data la invasione del tumore a tutto l'organismo non è possibile alcuna operazione.

Esito La piccola inferma morì il 3 maggio all'età di 82 giorni.

Dall'anammesi familiare di questa piccola inferma sappiamo che la madre di lei soffrì, durante la gestazione, dopo la quale diede alla luce la nostra ammalata, di appendicite e che fu operata perciò due volte; inoltre sappiamo che la sorellina dell'inferma è affetta da anomalia congenita della pelle dell'angolo interno dell'occhio e cioè di quella malformazione congenita che vien detta epicanto.

Sappiamo che cinque giorni dopo la nascita dell'inferma la madre notò una piccola tumefazione dura alla regione anteriore della gamba sinistra della piccola malata; tale affezione evidentemente dovette nascere qualche tempo prima, precisamente durante la gestazione e divenne palese solo al quinto giorno dopo la nascita, per cui io ritengo l'affezione come congenita.

L'essere nata la sorellina della paziente con epicanto è semplicemente un caso fortuito od ha esso rapporto di parentela coll'affezione congenita della nostra ammalata? Oggi la scienza non può spiegarci il rapporto che passa tra queste due affezioni congenite, ma è bene che anche questo dato anamnestico sia tenuto presente.

Quanto alle operazioni sofferte dalla madre durante la gestazione, se vera è la diagnosi denunziata da lei (e la sintomalogia che essa racconta di avere sofferto pare che la confermino), a me sembra non abbiano alcun rapporto colla affezione di cui noi trattiamo.

Ed ora passiamo ad esaminare, procedendo per esclusione, con quali altre malattie poteva confondersi la affezione che è oggetto del presente studio.

Escludo senz'altro le affezioni infettive acute dei tessuti molli, del periostio e dell'osso, perchè nella storia di questa malattia non figura affatto il sintoma principale di tali affezioni, cioè la febbre e poi la malattia in parola non ha l'andamento acuto di esse.

Anche la tubercolosi della gamba viene scartata sia per l'assenza della febbre, sia per la comparsa troppo rapida, poichè i processi cochiani comunemente sogliono svilupparsi molto più lentamente, sia perchè la tubercolosi congenita non esiste (Von Pirquet, trattato di Pediatria del Feer).

In quanto poi alla sifilide faccio notare che non esistono dati anamnestici per farla sospettare e che l'affezione della nostra piccola malata non si accompagnava ad altre manifestazioni della sifilide congenita, quale il penfigo, la corizza ed il tumore di milza. Non è stata fatta la W. per mancanza di mezzi tecnici.

Il morbo di Möller-Barlow viene pure escluso, perchè questa affezione nasce nei bambini allattati artificialmente ed al 2°-3° trimestre di vita; esso presenta manifestazioni emorragiche nelle mucose ed alla pelle ed i pseudo tumori di questa malattia danno alla palpazione senso di crepitazione, perchè sono dati da ematomi sottoperiostei e intermuscolari; essi sono molto più dolorosi e danno pseudo paralisi: tutto ciò manca nella nostra malata.

Non si tratta neppure di cloroma, perchè non è questa l'età in cui si sviluppa il cloroma, (fra i 4 ed i 30 anni) nè risponde la sede (abitualmente ematomi sotto il periostio delle ossa piatte del cranio) e manca poi il colorito giallo o verde grigio proprio di tale affezione.

Ed entriamo ora nel campo dei tumori propriamente detti. Scarto a priori una prima grande categoria di essi, i tumori benigni ed ammetto senz'altro trattarsi di tumori maligni, perchè i caratteri della malignità sono precisamente quelli che presenta l'affezione della nostra piccola inferma (rapido sviluppo, metastasi, tendenza al disfacimento). Ora fra i tumori maligni a volere schematizzare, distinguiamo ancora due grandi categorie e cioè quelli derivanti da elementi dei varii tessuti di sostegno e quelli derivanti da cellule epiteliali. I caratteri clinici del nostro tumore sono appunto quelli appartenenti ai tumori da cellule di tessuti di sostegno a tipo immaturo o embrionario, i quali vengono detti sarcomi. Infatti il tumore di cui parliamo avvolge uniformemente la

coscia; la pelle ha il colorito di un rosso rameico speciale, è marmorizzata da una rete venosa molto evidente, ed è più calda delle altre parti: si hanno poi metastasi alle glandole ed alla pelle.

Escludo che si possa trattare di carcinoma, perchè esso non esiste come congenito e non ne ha i caratteri clinici (tendenza del tumore alle ulcerazioni, cachessia cancerigna, tumore non delimitabile).

Sono dolente di non aver potuto completare la presente storia con le ricerche istologiche e sierologiche oggi tanto necessarie alla diagnosi di natura, perchè la famiglia non ha permesso che fossero pigliati pezzetti di tumore e sangue nè durante vita nè dopo la morte.

Ad ogni modo, dopo avere escluso tutte le malattie di cui abbiamo parlato, colle quali si sarebbe potuto confondere il nostro tumore, credo di poter stabilire sicuramente la diagnosi clinica di sarcoma congenito.

SUNTI E RASSEGNE.

CARDIOLOGIA.

Sulla prognosi e trattamento delle aritmie.

(T. WARDROP GRIFFITH. *British med. journ.*, 18 ottobre 1924).

L'A. adotta la seguente classificazione delle aritmie:

1) Aritmie sinusali;

2) Aritmie da extrasistoli:

a) singole: 1) auricolari; 2) ventricolari; 3) auricoloventricolari o nodali;

b) doppie o multiple, con le stesse varietà;

c) tachicardia parossistica;

3) Polso alternante;

4) Blocco del cuore:

completo: 1) da extrasistoli ventricolari; 2) da presenza di due centri ritmici;

parziale: 1) intermissione sporadica; 2) intermissione ritmica;

5) Blocco seno-auricolare;

6) Fibrillazione e flutter.

La forma di aritmia che suole osservarsi più frequentemente è la fibrillazione auricolare, o aritmia completa. In essa le pause e l'intensità di ogni battito del polso sono molto irregolari, e talora ad un battito debole segue una lunga pausa; ciò può spiegarsi ammettendo, come è in effetto, che la lunga pausa sia tale solo in apparenza, sia cioè occupata da alcuni battiti così lievi da non esser percepiti. Meno facile è spiegare come ad una breve pausa segua talora un forte battito; l'A. pensa che ciò debba riferirsi ad un disturbo della contrattilità, cioè ad una condizione simile a quella del polso alternante.

L'A. conferma con la sua esperienza che la digitale è utilissima nella fibrillazione, principalmente perchè aumenta il blocco auricoloventricolare, e, permettendo ad un minor numero di stimoli di varcare il fascio, rallenta l'attività ventricolare, e permette un miglior riempimento dei ventricoli.

Però in alcuni casi di scompenso cardiaco con idrope cospicua, senza notevole aumento di frequenza del polso, la digitale ricondusse il completo compenso, senza rallentare notevolmente il polso, ciò che indica una certa azione sulla muscolatura ventricolare.

La digitale va generalmente data a dosi sufficienti; bisogna però sorvegliare il grado di blocco da essa provocato, e sospenderla se il rallentamento del polso sembra eccessivo, come pure quando cominciano a manifestarsi extrasistoli di origine ectopica.

Mentre la digitale non fa scomparire la fibrillazione, la chinidina in molti casi vi riesce. Essa fu introdotta nella terapia cardiaca da Frey nel 1918, come un succedaneo meno tossico della chinina, la quale, in alcune osservazioni di Wenckebach, aveva restaurato il ritmo normale in un malarico fibrillante: si era poi dimostrata attiva soltanto contro la fibrillazione parossistica, non però nei casi inveterati.

Il meccanismo d'azione della chinidina nella fibrillazione e nel disturbo ad essa affine, il flutter, si ricollega col concetto patogenetico di questi disturbi del ritmo. Secondo il concetto di Mines, che è confortato da osservazioni elettrocardiografiche sperimentali, la fibrillazione e il flutter sarebbero dovuti all'insorgere e al mantenersi di un'onda circolare nella muscolatura del seno o dell'atrio, che comprende un circolo più lungo e regolare pel flutter con una frequenza di 230-350 per minuto, un circolo più breve e irregolare nella fibrillazione con una frequenza di 400-500 per minuto.

Da questa onda si diramerebbero regolarmente nel flutter, irregolarmente nella fibrillazione, stimoli che raggiungono i ventricoli. È chiaro che aumentando la durata del periodo refrattario l'onda circolare viene ad interrompersi, purchè nel frattempo non rallenti la sua velocità: ora la chinidina aumenta il periodo refrattario, ma rallenta anche la velocità dell'onda circolare, però molte volte il primo effetto prevale sul secondo.

Si può discutere se sia utie interrompere una fibrillazione auricolare che dà poco o nessun disturbo. In teoria è certamente utile, perchè il ristabilirsi dell'attività auricolare normale fa

giungere regolari stimoli ai ventricoli (se non vi sono lesioni del fascio), e vi produce un miglior riempimento e una più utile attività, anche perchè la contrazione auricolare provoca vortici che chiudono più presto e meglio le valvole atrio-ventricolari.

Ed effettivamente molti pazienti si sentono meglio dopo restaurato il ritmo normale. Però l'uso della chinidina può talora provocare nausea, vomito, vertigine, debolezza, affanno, e persino sincopi, generalmente col meccanismo di un blocco completo improvviso. Inoltre sono a temere facili embolie di coaguli formatisi nelle auricole inattive. Bisogna dunque scegliere opportunamente i casi, ed astenersi dalla chinidina nella insufficienza cardiaca di notevole grado.

Le extrasistoli possono originare da qualunque parte del cuore. Secondo l'emotività del soggetto recano più o meno disturbo e sono più o meno avvertite. Sperimentalmente nel cane si possono provocare aumentando la pressione nell'aorta, o mediante certi veleni, ecc. È ragionevole ammettere che esse siano dovute alla presenza di un focolaio particolarmente irritabile che si scarica di tanto in tanto. Nel polso bigemino è la sistole normale che provoca la scarica del focolaio: talora però una extrasistole è di stimolo all'altra e può insorgere una salve di extrasistoli. Varie salve di extrasistoli possono presentare lo stesso ritmo, onde fu immaginato che il focolaio extrasistolico mantenesse un suo particolare ritmo, che, sovrapponendosi al ritmo normale, si mette in evidenza di tanto in tanto. Ma ciò è inammissibile almeno pei ventricoli, perchè questo focolaio dovrebbe essere come circondato da una barriera, che mentre permette la diffusione degli stimoli dal focolaio al rimanente miocardio, impedisca che altri stimoli, e cioè i normali, più frequenti, giungano al focolaio.

Non sempre è facile riconoscere le extrasistoli: esse possono confondersi con le seguenti irregolarità:

1) aritmie sinusali;

2) flutter e fibrillazione. Particolarmente difficile è la distinzione in presenza di extrasistoli intercalate (cioè senza pausa compensatrice);

3) polso alternante vero.

Per lo più la prognosi dipende in più ampia misura dalle condizioni associate alle extrasistoli che dall'irregolarità per se stessa.

In assenza di lesioni cardiache organiche, giova di solito il bromuro di ammonio, la sottrazione degli stimolanti (caffeici, tabacco), un discreto esercizio all'aria aperta, l'eliminazione delle sepsi dentarie, ecc.

La digitale va generalmente evitata nelle extrasistoli: piccole dosi di chinidina si sono spesso dimostrate utili, specialmente nella tachicardia parossistica, che va considerata come una salve di extrasistoli. In tale condizione l'A. ha trovato giovamento anche dalle iniezioni di morfina.

Il polso alternante vero e persistente ha sempre una grave prognosi. Però un breve periodo di alternanza può seguire ogni extrasistole, senza che ciò abbia grave significato prognostico, almeno per i più degli autori.

Un polso pseudoalternante si può avere nelle extrasistoli intercalate, in certe condizioni di blocco cardiaco, e dopo iniezioni di atropina.

Nel blocco completo si ha un polso ritmico salvo il caso della presenza di due centri ritmici nei ventricoli, o l'accorrere di extrasistoli ventricolari.

Nel blocco parziale il polso può anche essere ritmico se il blocco ha il rapporto di 1 a 2.

La sindrome di Adams-Stokes si può avere sia col blocco completo sia con quello parziale.

DORIA.

NEUROLOGIA.

Diagnosi e cura dei tumori cerebrali.

(SOUTTAR. *British Med. Journal*, 21 marzo 1925).

Da tempo immemorabile si ritiene che la cefalea, il vomito e la neurite ottica siano i sintomi classici dei tumori cerebrali. Quantunque questi sintomi siano presenti nella grande maggioranza dei casi, tuttavia essi non costituiscono segni precoci in quanto essendo determinati dall'aumento della pressione endocranica appaiono soltanto quando il tumore ha raggiunto un certo volume.

Il liquido cerebro-spinale è secreto dal plesso coroideo nei ventricoli laterali, di qui passa nel terzo ventricolo ed attraverso l'acquedotto di Silvio nel quarto, e quindi attraverso i fori di Luschka e di Magendie passa negli spazi subaracnoidei; è riassorbito dai seni venosi, probabilmente a mezzo dei corpuscoli di Pacchioni. Tutto ciò che ostacola il flusso normale del liquido, come un neoplasma, produce idrocefalo interno ed aumento della tensione intracranica.

I tumori localizzati al disotto della tenda del cervelletto producono in primo tempo distorsione del ponte e del cervello medio e lieve ipertensione. Questa produce un curioso effetto: il cervelletto è spinto nel foro occipitale e nel canale vertebrale fino a raggiungere la lamina della terza vertebra. Si forma un « cono cerebellare » che mentre da una parte costituisce un pericolo per i centri cardiaci e respiratori, ostacola il passaggio del liquor nel canale vertebrale, donde ulteriore aumento della pressione endocranica. I tumori situati al disopra della tenda del cervelletto possono produrre il medesimo effetto, ma

solo quando il tumore ha raggiunto un volume considerevole.

Questa occlusione cerebrale produce i caratteristici sintomi elastici del tumore endocranico, che pertanto appartengono al periodo tutt'altro che iniziale dell'affezione.

La cefalea è persistente ma con periodi di esacerbazione. Spesso è più intensa al mattino, ed in seguito a tutte le cause di aumento della pressione endocrina, come gli sforzi e le eccitazioni.

Il vomito è improvviso, violento, esplosivo; si produce senza cause apparenti e per lo più al mattino.

Il fondo dell'occhio presenta edema della papilla anche prima che il paziente avverte disturbi visivi. Si possono avere accessi transitori di cecità, ma i difetti persistenti della vista indicano l'inizio dell'atrofia.

Altri sintomi generali sono la mancanza d'iniziativa, il torpore mentale, le vertigini, la bradicardia, ed eventualmente convulsioni epilettiformi generalizzate. La diplopia è tra i sintomi più precoci.

Più importanti per la diagnosi precoce del tumore cerebrale sono i sintomi a focolaio. Questi di solito non sono dovuti a distruzione del tessuto cerebrale, che si verifica solo in conseguenza di carcinoma o sarcoma metastatico, nè sono conseguenza diretta della pressione esercitata sulle cellule cerebrali. Essi sono l'espressione di disturbi circolatori locali prodotti dallo sviluppo del tumore in due modi: in primo tempo la pressione moderata comprime le vene producendo congestione e quindi fatti irritativi; in secondo tempo la pressione più forte esercitata dal tumore determina l'occlusione delle arterie, quindi anemia e fenomeni di paralisi.

I sintomi a focolaio variano naturalmente con la parte dell'encefalo sulla quale si esercita la pressione del tumore.

Dal punto di vista chirurgico l'area più importante della corteccia cerebrale è costituita dalla circonvoluzione frontale ascendente o prerolandica e dalla parietale ascendente o postrolandica. La grande scissura, scissura rolandica, che si affonda tra queste due circonvoluzioni separa la corteccia cerebrale in due zone a funzioni distinte, recettiva quella situata posteriormente ed esecutiva quella situata anteriormente. In effetti nella circonvoluzione postrolandica si trovano i centri della sensibilità superficiale e profonda, nel lobo occipitale i centri visivi, nel lobo temporale i centri acustici e nel lobo parietale i centri nei quali tutte queste sensazioni sono analizzate e trasformate in percezioni. Nella zona invece posta anteriormente alla scissura di Rolando si trova la frontale ascendente o prerolandica con i centri motori di tutti i segmenti del corpo, l'area postfrontale con i centri della memoria dei movimenti combinati e degli atti coscienti, nonchè il lobo frontale dove son posti i centri della condotta e dell'iniziativa e che sembra essere la sede dove si elabora la direttiva intelligente di tutte le azioni coscienti.

La zona motoria per eccellenza è costituita dalla circonvoluzione prerolandica. Vi si trovano dislocati secondo un piano stabilito i centri dei movimenti coordinati semplici, come la flessione e l'estensione, con l'ordine seguente cominciando dall'alto in basso: dita dei piedi, piede, gamba, ginocchio, coscia, tronco, spalla, braccio, avambraccio, dita, pollice, palpebra, labbra, lingua, laringe; anteriormente al centro della mano trovasi un centro speciale deputato ai movimenti coniugati degli occhi e del capo con rotazione al lato opposto.

Il primo effetto prodotto dalla pressione di un tumore su questa regione è costituita da fatti irritativi di questi centri in conseguenza della congestione venosa. Periodicamente quest'irritazione provoca scarica d'energia nervosa da parte dei detti centri e di quelli immediatamente vicini, che si estrinseca con un accesso d'epilessia jacksoniana la cui caratteristica è che si verifica costantemente in parti del corpo ben definite corrispondenti alla geografia corticale. L'attacco può essere preceduto da dolore e formicolio nelle parti stesse, s'inizia con uno stadio di spasmo tonico cui seguono contrazioni cloniche fino ad esaurimento della corteccia. Quest'esaurimento è dimostrato dal fatto che dopo l'accesso si ha notevole indebolimento della parte che ha avuto la convulsione.

Se però il tumore è situato profondamente nella corteccia si può avere paralisi senza alcun segno d'irritazione. Si tratta in ogni caso di paralisi dei movimenti ma non dei muscoli, che determina attitudini degli arti a tipo determinato: il braccio tende a mettersi in adduzione, l'avambraccio in flessione e pronazione, la mano e le dita in flessione; le varie sezioni dell'arto inferiore tendono invece a mettersi in estensione. In molti casi i riflessi profondi si accentuano e si ha aumento del tono muscolare fino alla rigidità.

Un tumore localizzato nella parte superiore dell'area motoria può comprimere l'emisfero opposto e dare paralisi di ambo le gambe. Se è localizzato in basso dell'area motoria dell'emisfero sinistro può dare afasia. Se è lesa l'area della faccia si ha paralisi solo dei muscoli facciali inferiori del lato opposto, perchè i muscoli della fronte e delle palpebre hanno i loro centri in ambo gli emisferi. Un fenomeno notevole nelle

paralisi corticali della faccia è costituito dalla persistenza dei movimenti emotivi che sono controllati dal talamo; il paziente che non può muovere alcun muscolo della faccia è capace invece di piangere. È questo un carattere differenziale tra le paralisi facciali corticali e periferiche.

Le lesioni della circonvoluzione parietale ascendente, postcentrale o postrolandica produce perdita del senso di posizione e di localizzazione, della sensibilità termica e tattile con distribuzione molto irregolare. L'irritazione di questa parte della corteccia provoca senso di formicolio e poichè la zona sensitiva è in immediato contatto con la zona motoria si spiega perchè gli accessi jacksoniani sono preceduti da parestesie dell'arto colpito.

Nell'area motoria dell'emisfero sinistro oltre i centri del linguaggio, parlato e scritto, si trovano i centri così detti dell'euprassia, la cui lesione provoca l'aprassia. In questo disturbo, pur essendo conservata la motilità volontaria, sono alterate le azioni coordinate, ossia quelle per le quali c'è stato bisogno di un certo periodo d'educazione per potere accumulare e fare tesoro di speciali, ed in parte assai complicate, immagini di movimento e di azioni dirette ad un determinato scopo.

I tumori del lobo frontale, nel quale risiedono i centri delle più complesse combinazioni di azioni che caratterizzano la condotta dell'individuo, provocano spesso un'esuberanza infantile, senso d'euforia e d'ipertrofia della personalità, sintomi questi analoghi a quelli della paralisi progressiva, oppure stati passionali e depressivi. Talvolta i sintomi iniziali sono costituiti infine da tremori della mano omolaterale e scomparsa dei riflessi superficiali al lato opposto.

I tumori di cui finora si è trattato hanno tutti interferenze con la motilità. Tra quelli che interessano la porzione sensoriale del cervello sono importanti i tumori che ledono le vie ottiche. Le impressioni visive dalla retina giungono alla parte posteriore del lobo occipitale percorrendo così buona parte del cervello. Le fibre del n. ottico si decussano nel chiasma in modo che le impressioni provenienti dalla metà nasale della retina sono trasmesse al lato opposto. Attraverso la bandeletta ottica gli impulsi del campo controlaterale sono trasmessi al corpo genicolato esterno, che è in connessione con il cervello medio e con i centri dei muscoli oculomotori, ed al pulvinar talamico, donde s'irradiano le fibre che poi raggiungono il lobo occipitale. Le fibre provenienti dalla metà temporale della retina passano il chiasma senza decussarsi.

Le radiazioni ottiche sono disposte in modo che le fibre superiori ricevono gli impulsi dalla porzione superiore della retina e quelle inferiori dalla porzione inferiore.

I disturbi provocati dai neoplasmi possono essere irritativi e distruttivi. I primi sono provocati dai tumori corticali e consistono in scintillii spesso colorati. È probabile che i disturbi oculari dell'emicrania sono dovuti a disordini vascolari di questa regione. I tumori profondi provocano contrazione graduale del campo visivo fino all'emianopsia bilaterale omonima, in relazione alla decussazione parziale del n. ottico. Un tumore del lobo parietale sinistro produrrà cecità della metà sinistra delle retine dei due occhi.

I tumori superficiali tendono ad invadere le aeree sensomotrici situate in avanti provocando torpore nella faccia e nella mano del lato opposto. I tumori profondi tendono ad invadere la parte posteriore della capsula interna, donde disturbi sensitivi della metà opposta del corpo e paresi dell'arto inferiore anche del lato opposto.

Un tumore della parte inferiore del lobo temporale lede le fibre che portano gli stimoli provenienti dal quadrante superiore del lato opposto della retina: si ha quindi l'emianopsia a quadrante omonima.

I tumori dell'uncus del lobo temporale producono un sintoma strano. Si hanno attacchi transitori nei quali il paziente ha sensazioni curiose, vere allucinazioni olfattive, gustative, uditive e visive. Quelle olfattive e gustative sono le più comuni e di solito sono spiacevoli, danno un senso di disgusto. Quelle visive sono molto bizzarre, il paziente vede, ad esempio, una serie di gatti neri o di piccole figure. La combinazione dell'emianopsia quadrantica con aure olfattive, gustative, uditive o visive consente di distinguere i tumori del lobo temporale da quelli del lobo occipitale.

I tumori più comuni del cervello sono i gliomi, la cui rimozione è impossibile. Tuttavia si può praticare la decompressione che allevia le sofferenze. Quando il glioma degenera in cisti, e specie quando questa è superficiale, si può praticare l'aspirazione ed eventualmente iniettare formalina o radio: si ha allora un più lungo periodo di remissione delle sofferenze. In ogni caso conviene praticare prima la decompressione che agevola lo svuotamento delle cisti.

I tumori suscettibili di asportazione sono gli endoteliomi della dura. Per lo più si tratta di neoplasmi duri, rotondi, fibrosi, spesso con degenerazione centrale; qualche volta sono molli e fluenti. Possono essere peduncolanti o sessili. L'osso soprastante è molto vascolarizzato ed ipertrofico, per modo che sul cranio si può apprezzare l'esistenza del tumore. Possono anche invadere l'osso, ma mai il cervello; questo ne risente

gli effetti solo per la pressione che subisce. La loro asportazione lascia una cavità, ma in pochi momenti il cervello riprende il suo posto e la cavità scompare.

Teoricamente questi tumori potrebbero essere rimossi. Ma quando sono molli si diffondono in modo che non si può mai asportarli completamente e nella varietà sessile le connessioni con il seno longitudinale superiore rendono l'operazione gravissima.

Per le su esposte considerazioni il successo dell'intervento dipende essenzialmente dalla sua precocità. Da ciò la necessità che la diagnosi dell'affezione e della localizzazione del tumore sia precisa e fatta prima che compaiono i sintomi dell'ipertensione endocranica, perchè questa indica che il tumore ha già raggiunto un certo volume.

E' questo un campo della chirurgia nel quale l'esito dipende dalla cooperazione del neuropatologo e del chirurgo. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

G. A. DOTTI. *Guida elementare alla assistenza della prima infanzia.* Firenze, Vallecchi, pag. 192. Lire 18.

Questa « Guida » è un libro di volgarizzazione della scienza, che può essere letto con interesse non solo dal profano ma anche dal medico. La opportuna introduzione che illustra le cifre sempre paurose della mortalità infantile nei vari paesi, anche nei più evoluti, giustifica il complesso di cognizioni, di norme igieniche, di suggerimenti che via via vengono impartiti nei capitoli successivi.

Anche il medico, se non si occupa di pediatria in modo particolare, talora rimane un poco incerto di fronte a questioni di pura fisiologia della prima infanzia: per esempio non tutti hanno presente la curva normale dell'accrescimento del peso, o le varie fasi della dentizione, e così via. La Guida del Dotti in modo semplice, piano, intelligibile a tutti, espone via via questioni di fisiologia, di assistenza, elementi di patologia: ciò che si riferisce alla alimentazione è curato nel modo più scrupoloso, di modo che il manuale non è solo prezioso per le *nurses* o per le madri di famiglia, ma sotto molti punti di vista anche pel medico, che trova in esso tutto quanto si riferisce alla assistenza al bambino nel periodo della prima infanzia. E. COVA.

J. COMBY. *260 consultations pour les maladies des enfants.* Masson et C., ed., 1925.

Il libro è giunto alla sua ottava edizione e contiene oltre ai vecchi 50 capitoli nuovi che riguardano in gran parte le malattie esotiche che ormai si diffondono anhe nei nostri paesi. Così completata l'opera di Comby rende possibile ai medici pratici di trovare risposta a tutte le questioni che a loro si pongono nel corso della pratica della loro professione. Nei singoli capitoli ordinati secondo l'ordine alfabetico delle malattie sono esposte in modo chiaro e semplice le norme terapeutiche da seguirsi. Oltre alla cura medicamentosa è data notevole importanza alla cura fisica e alle norme igienico-dietetiche.

POLLITZER.

A. ATRIA. *Profilaxis del sarampion.* Un vol. in-8/ di 351 pag. Tip. « La Illustraciòn ». Santiago de Chile.

L'A., che è batteriologo capo dell'Istituto di igiene di Santiago, dimostra i gravi danni che provoca il morbillo e l'inutilità delle misure fin qui usate per la profilassi. Propone quindi per questa la morbillizzazione, usando a tale scopo, il siero di morbillosi, prelevato nel periodo in cui si manifestano le macchie di Koplik. Egli stesso, novello Jenner, ha sperimentato il metodo sopra sei dei suoi dodici figli, ottenendo entro 5-7 giorni una forma attenuata di morbillo che decorse senza complicazioni nè sequele.

In vista dei buoni risultati, l'Istituto d'Igiene di Santiago ha organizzato un servizio di profilassi del morbillo basato su tale metodo, di cui l'A. mette in evidenza i vantaggi.

fil.

P. BRUSA. *Sul granuloma maligno nell'infanzia.* Un vol. in-8º di 118 pag., L. Cappelli ed., Bologna, 1925. Prezzo L. 12.

La presente monografia non è un lavoro di pura compilazione ma ha un'impronta spiccatamente personale perchè essenzialmente basata sulle osservazioni di un numero non scarso di casi studiati dal punto di vista clinico, istologico e sperimentale. Ciò permette all'A. di prendere una posizione definita sulle questioni controverse e sostenere a ragion veduta l'una o l'altra delle opinioni relative a questa interessante forma morbosa. Dopo i cenni introduttivi, l'A. espone la sintomatologia, le forme cliniche, il decorso, l'anatomia patologica e si diffonde largamente sulle parti più oscure e controverse, sulla etiologia esaminandole specialmente nei rapporti con l'infezione tubercolare. Nei riguardi della diagnosi, l'A. insiste particolarmente sull'importanza dei reperti ematologici. Una sobria bibliografia limitata ai lavori apparsi dopo il 1923 accompagna il lavoro, rimandando ad altre monografie per la bibliografia antecedente. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXI Congresso di Medicina Interna.

(*Vedi fascicoli precedenti*).

28 Ottobre 1925.

Seduta in comune con la Società di Chirurgia.

Seduta antimeridiana.

Il Sen. MARAGLIANO, prima di iniziare i lavori del Congresso pronunzia il seguente discorso:

Oggi l'Italia festeggia una data che segue l'inizio di un periodo storico nuovo nella vita della Nazione. Come tutte le date che si collegano alla storia del nostro paese questa s'impone al ricordo di tutti i cittadini che hanno culto per la grandezza della Nazione e per i suoi positivi interessi. Siamo uomini di scienze sì, ma come tali non possiamo dimenticare che se la scienza dà autorità alla Patria, la forza della Patria e la sua autorità fanno rispettare l'opera scientifica della Nazione. Questa da tre anni la Nazione progressivamente l'acquista, questa autorità la Nazione la conquista via via in mezzo alle Nazioni civili. Rendiamo quindi omaggio alla data che segna l'inizio di questo fortunoso periodo ed al grande statista che la Provvidenza per la mano sicura di Sua Maestà il Re ha dato al Paese nel momento in cui le sorti ne vacillavano.

W. il Re, W. Mussolini, W. l'Italia!

CASTELLINO N. (Napoli). — A nome del Direttorio Nazionale e di tutti i fascisti d'Italia vi rendo le più vive grazie, o Maestro, per aver voluto iniziare oggi i nostri lavori col degnamente commemorare questo giorno memorando e sacro; ma più vi son grato per la superba esaltazione della scienza italiana che voi avete compiuto nel vostro discorso inaugurale: perchè nessun discorso è più fascista di quello che mira a rivendicare alla nostra patria le sue giuste glorie. È in questo compito di rivoluzione e di rivendicazione nazionale l'essenza e la meta del fascismo: di questo partito che, nato come esasperazione del sentimento nazionale offeso, vuole essere oggi, nella Patria pacificata e forte, l'anima stessa della Nazione e l'assertore ed il propugnatore di ogni sua sana energia fattiva. Col pensiero rivolto a quanti ovunque nel mondo lavorano per le fortune d'Italia, con nell'animo la visione radiosa del suo domani felice, Maestri, Colleghi, in alto oggi i nostri cuori! Viva l'Italia!

Presidenza: Sen. MARAGLIANO.

La cura del morbo di Flajani-Basedow.

Relazione del Prof. A. FERRATA (Pavia)
(di parte medica).

Nell'incessante e oramai annoso lavoro d'indagine sulla cura del morbo di Flajani-Basedow gli studiosi dell'argomento si sono lasciati guidare quasi sempre dai criteri dottrinali dominanti, nelle diverse epoche, sulla eziologia e patogenesi della sindrome, criteri non di rado fra loro in contrasto, onde gli indirizzi terapici i più disparati e contradditori.

In seguito al meraviglioso sviluppo degli studi endocrinologici e alle meno imprecise conoscenze sui rapporti fra ghiandole a secrezione interna e sistema nervoso vegetativo, nuovi indirizzi terapici furono seguiti, sulla base di una presunta accertata patogenesi della malattia e a volta a volta prevalsero tentativi di cura sul simpatico o sulla ghiandola tiroide, essendo apparso ai più manifesto che simpatico e ghiandola tiroide potessero essere in causa nel determinismo della sindrome.

E, come sempre avviene, parve per un certo tempo che il problema della terapia del morbo di Basedow fosse risolto. Sono a tutti noti gli entusiasmi per l'uso dell'antitiroidina Moebius, del latte di capra stiroidata e dei sedativi del sistema nervoso, il sacro terrore dei preparati jodici, in contrasto coi criteri patogenetici dominanti, i brillanti risultati ottenuti con l'intervento chirurgico sul simpatico o sulla tiroide, i benefici ricavati dall'uso dei raggi Roentgen; tutti procedimenti che in ultima analisi tendono ad attenuare l'iperfunzione tiroidea o simpatica.

Ma un minuto lavoro di critica su una larga messe di fatti raccolti, alla quale notevole contributo hanno apportato osservatori di tutte le nazioni civili — ciò che dimostra quanto diffuso sia il morbo di Flajani-Basedow — ha moderato i primitivi entusiasmi, documentando ancora una volta quanto siano complessi i problemi biologici e come — anche per i basedowiani — ogni ammalato costituisca una personalità clinica a sè, che ad una minuta disamina presenta fattori costituzionali differenti, coefficienti eziologici disparati, interferenze patogenetiche multiple, elementi tutti che giustificano i buoni risultati ottenuti in alcuni casi e gl'insuccessi registrati in altri con l'uso degli stessi procedimenti terapeutici.

Nè va dimenticato che nell'esercizio della medicina pratica noi ci troviamo non sempre dinanzi a sindromi basedowiane conclamate, ma non di rado a casi non ben decisi nei loro confini (forme larvate, oligosintomatiche, basedowoidi di Stern, ipertiroidismi minimi costituzionali di Pende), che, per mezzo dei criteri diagnostici moderni, rientrano tutti nella grande famiglia delle forme ipertiroidee.

Come per ogni processo morboso anche per la malattia di Flajani-Basedow la cura non può essere se non etiologica, patogenetica o sintomatica.

Quali sono i fattori eziologici più facilmente riscontrabili nel determinismo del morbo di Basedow?

Se si dà uno sguardo alla letteratura dell'argomento e si prende in considerazione la propria casistica personale, appare evidente la difficoltà di riconoscere una causa eziologica determinata.

Alcuni Autori riportano casi di sindromi basedowiane conclamate di origine luetica o consecutive a un reumatismo poliarticolare acuto e, quel che più importa, affermano di aver ottenuto miglioramenti o guarigione con le cure specifiche e coi preparati salicilici.

Non è discutibile la possibilità di questi casi: debbono però non essere frequenti e fino a un certo punto trascurabili per la grande maggioranza dei malati affetti da Basedow, in quanto che la Wassermann in questi infermi è costantemente negativa e nell'altissimo numero di affetti da reumatismo poliarticolare — quali si sogliono vedere in alcune provincie del Nord d'Italia sopratutto nel Pavese — la percentuale dei basedowiani è quasi nulla, il che fa pensare alla possibilità di coincidenze casuali e non di rapporti fra causa ed effetto.

S'intende però l'opportunità di una terapia appropriata, quando un basedowiano sia affetto da lue o da reumatismo articolare.

Non si può escludere la possibilità — del resto constatata da una sufficiente casistica — di forme basedowiane secondarie a malattie infettive acute e croniche.

Il tifo, la polmonite, l'influenza, le angine, e recentemente anche l'encefalite letargica sono stati considerati come possibili cause determinanti il morbo di Basedow. Se si eccettuano le forme di tiroide acuta, in questi casi si tratta quasi sempre di intossicazioni e bisogna ammettere sicuramente una disposizione speciale della tiroide, perchè queste malattie possano in alcuni casi determinare la sindrome.

Quanto alla tubercolosi, se si pensa al grandissimo numero di soggetti colpiti dall'infezione Kochiana e alla scarsità delle sindromi basedowiane nei tubercolosi, si devono escludere stretti rapporti eziologici fra i due processi. Non bisogna però dimenticare che la tossina tubercolare ha un'azione eccitante sulla funzione tiroidea.

Ma, nella maggioranza dei casi, precedenti infettivi non esistono e il morbo si organizza subdolamente o magari bruscamente, in seguito a strapazzi fisici, esaurimenti, traumi psichici, forti emozioni, ecc.

I fattori eziologici sovra ricordati, specialmente gli ultimi, possono determinare la sindrome basedowiana indipedentemente da una predisposizione a carattere costituzionale? Esiste, in altri termini, un basedowiano latente, il quale trova le sue ragioni in una determinata costituzione morfologica o endocrina-simpatica, oppure può il Basedow indifferentemente svilupparsi nei tipi costituzionali più disparati?

Questione pregiudiziale di primissimo ordine, non solo per la comprensione biologica del problema, ma anche per le ripercussioni che essa può avere sulla profilassi e la cura di questa grave malattia.

I trattati anche recenti non discutono a lungo tale problema; per conto mio — d'accordo con alcuni autori — (ricordo Castellino, Pende, Schiassi) penso che il fattore costituzionale abbia una importanza notevole nel determinismo del morbo di Flajani-Basedow, non tanto forse come eredità diretta similare del processo morboso in non pochi casi constatata da diversi osservatori, quanto come ereditarietà generica, che comprende tutto l'apparecchio endocrino vegetativo e quindi quasi sempre anche il ricambio organico.

Sindromi basedowiane in individui della stessa famiglia non mancano o nella stessa generazione o fra gli ascendenti: sono descritte sindromi scoppiate improvvisamente in madre e figlia in seguito a forti traumi psichici. In questi giorni ho avuto occasione di vedere un tipico Basedow in un uomo di 45 anni, determinato bruscamente da dispiaceri per gravi dissesti finanziari: tale malato racconta che circa alla stessa età sua madre, poco dopo la morte di una sua giovane figliuola, cominciò a presentare tremore e lieve esoftalmo e in seguito una sindrome completa basedowiana.

Ma, pur ammessa una predisposizione generica — contrastata però da molti — non è facile riferirla a un determinato tipo costituzionale con caratteri suoi propri. È noto che il Basedow è diffuso dovunque; sembra però un po' più raro nei paesi meno civili, come pure dove esiste il gozzo endemico. Sicuramente è assai più frequente nella donna che nell'uomo: se si deve prestar fede al materiale di Kocher, su 10 casi vi sarebbero 9 donne.

Più frequentemente appare fra i 20 e i 40 anni, ma si riscontra anche in altre epoche della vita.

Ma questi dati non rischiarano per niente il problema della predisposizione. Alberto Kocher, anche recentemente, nega in modo reciso che il B. sia una malattia costituzionale, che trovi la sua ragion d'essere nel plasma germinativo, sopratutto perchè nei basedowiani non si trovano, con maggior frequenza che in altri soggetti, caratteri morfologici speciali o stigmate degenerative e che basta operare sulla tiroide perchè un basedowiano nella maggioranza dei casi guarisca ed è sufficiente non di rado iniettare estratti tiroidei per riprodurre una sindrome basedowiana o basedowoide.

Tali affermazioni sono sicuramente troppo recise ed unilaterali. La riproduzione sperimentale del Basedow non è poi tanto facile come si è creduto fino a poco tempo fa, anche in quest'epoca nella quale abbiamo a nostra disposizione preparati tiroidei attivi, quali ad esempio la tiroxina di Kendal.

Accelerare un po' il ricambio, aumentare lievemente la temperatura, produrre una lieve tachicardia non significa determinare un Basedow.

Ho la stessa impressione che con tali procedimenti non si deve mai riuscire a provocare la malattia di Flajani così come con le iniezioni di

adrenalina non si riprodurrà mai il quadro vero dell'ateromasia arteriale dell'uomo. Troppi sono i fattori concomitanti e interferenti, e queste ricerche, pure interessantissime e che tanta luce hanno dato alla patogenesi del B., non possono avere la pretesa di risolvere in tutti i suoi punti il difficile problema.

Il Pende insiste su un quadro morfologico speciale per l'ipertiroidismo minimo costituzionale (che non è però, come dice lo stesso autore, il vero B.), rappresentato da soggetti a tipo longilineo microsplancnico. Per quanto si riferisce al B. classico, sarebbe dominante, sempre secondo Pende, lo stato d'irritabilità e l'abilità primigenia costituzionale ereditaria delle tiroidi e del sistema nervoso, regolatore delle secrezioni tiroidee.

Nessun'altra sindrome più di quella basedowiana dimostra, secondo Pende, gl'intimi legami fisiopatologici del sistema nervoso e del sistema endocrino; della morbilità nervosa e della morbilità endocrina. Esisterebbe perciò una vera costituzione basedowiana (Pende, Cantieri, Franci, Cantilema) legata non solo ai fattori tiroidei e simpatico-tiroidei, ma anche ad anomalie degli altri apparati endocrini quali il timo, gli organi linfoidi, il surrene e le ghiandole sessuali. Su questo terreno preparato dall'eredità agiscono, rompendo l'equilibrio instabile della tiroide, numerose cause occasionali: il che succede sopratutto nella donna, data la grande tendenza della tiroide femminile ai fenomeni iperfunzionali, nelle varie epoche critiche della vita genitale e sopratutto nell'età giovane e media della vita: al di sotto dei 15 anni la malattia è rara.

Lo Schiassi sostiene pure validamente l'importanza delle condizioni predisponenti ad ammalare di M. di Flajani ed afferma che si tratta, si può dire nella totalità dei casi, di persone a costituzione neuropatica. Stabilisce un confronto tra i basedowiani e gli ulcerosi nel duodeno e a questo riguardo così scrive: « questi infermi ipercloridrici sono del tutto simili ai basedowiani ed agli enterocolitici m.m. i quali, anche prima di ammalare d'ipersecrezione tiroidea o intestinale, prima di rendere evidenti i segni d'ipertiroidismo o di secernere grandi masse di muco-membrane, sono più o meno già turbati nel loro equilibrio nervoso.

Il confronto fra basedowiani e soggetti affetti da ipercloridria, predisposti quindi non di rado all'ulcera gastrica o duodenale e gli enterocolitici, mi sembra non poco suggestiva e degna di ogni considerazione in quanto che, se pure prevale il tipo vagotonico in questi ultimi soggetti, chiari ormai appaiono gli intimi legami fra il sistema simpatico e parasimpatico; del resto non di rado sindromi basedowiane si accompagnano a squisiti quadri vagotonici e per queste forme il Pende pensa a una patogenesi pluriglandolare. E se prospettiamo poi i quadri morfologici che alcuni costituzionalisti assegnano ai predisposti dell'ulcera gastro-duodenale (Viola, Stiller, Pende, ecc.) vediamo come essi corrispondano almeno in parte al quadro morfologico basedowoide che alcuni cultori di endocrinologia vanno prospettando.

Io non so se prevalentemente un quadro morfologico corporeo ben definito sia sempre riconoscibile come terreno predisponente all'ipertiroidismo basedowiano; è certo però che se io ripenso ai miei malati affetti da morbo di Flajani, mi sembra di poter precisare in tutti, in modo più o meno palese, ciò che il Pende giustamente chiama stato d'irritabilità costituzionale ereditaria della tiroide e del sistema nervoso regolatore della secrezione tiroidea, che si riconosce clinicamente nel temperamento nevrotico di questi malati.

Il determinare con più precisi confini le qualità del terreno predisponenti al B. sarà compito della clinica avvenire.

Date queste premesse e riconosciuta in massima l'esistenza di una predisposizione ad ammalare di forme ipertiroidee basedowiane s'intende quanto utili possono essere profilatticamente tutte quelle cure che tendono a contenere i piccoli segni ipertiroidei, ad attenuarli, onde non si aggravino, determinando lo scoppio della sindrome basedowiana. Compito difficile non sempre alla portata del medico pratico, perchè in genere si è consultati in queste forme quando i segni del morbo sono già ben palesi. Sarà in ogni modo compito efficace il poter consigliare ai soggetti con piccoli segni d'ipertiroidismo il riposo, l'abbandono del lavoro mentale o degli affari, cure ricostituenti fosforate o arsenicali e ipernutrizione; e nella donna di evitare la gravidanza e l'allattamento, correggere i disturbi mestruali, preoccuparsi di alcuni tipi di clorosi a carattere ipertiroideo, che il Castellino ha così bene illustrato, e favorire l'uso moderato dell'idroterapia e degli sports all'aria aperta.

Compito questo, come dicevo, forse troppo trascurato e su cui mi sembra doveroso richiamare in modo speciale l'attenzione.

Non è possibile discutere qui — perchè non è della patogenesi che debbo trattare — i rapporti fra morbo di Flajani e forme basedowoidi di Stern; se si tratti cioè in questi casi di B. attenuati e incompleti o di necrosi vere e proprie del simpatico, indipendentemente da ipertiroidismo o di sindromi d'ipereccitabilità nervosa, sostenute da fenomeni endocrini pluriglandolari non tiroidei. Si potrà ricorrere in questi casi ai metodi di ricerca che la clinica ha a propria disposizione; sopratutto dovremo fare attenzione al comportamento del ricambio basale che nell'ipertiroidismo è sempre aumentato, e ad alcune prove diagnostiche, quali quella di Kottmann e quella di Goetsch.

*
* *

Venendo ora alla terapia vera e propria del B. sorge la seconda questione pregiudiziale assai più interessante di quella dell'abito predisponente

al morbo e cioè in quali casi si debba consigliare l'intervento chirurigico e quali siano le sue indicazioni.

Sono a tutti noti i successi che la chirurgia ottiene nella cura della malattia di Flajani; ma nondimeno, considerata la complessa e non ben chiarita patogenesi del processo, tenuto calcolo dei buoni risultati che si ottengono, non di rado, con cure mediche, fatto tesoro delle osservazioni, delle statistiche recenti dei chirurghi e degli internisti — ricordo specialmente quelle di Th. Kocher e di Eppinger — sembrerebbe giustificato quello che asseriscono alcuni Autori, che si debbano cioè affidare al chirurgo i casi che rapidamente vanno assumendo caratteri di gravità (esoftalmo spiccato, tachicardia accentuata, aumento notevole del ricambio basale, dimagrimento rapido, stati angosciosi con gravi turbamenti della psiche, ecc.), oppure quelli che pur svoltisi con relativa lentezza facilmente recidivano, dimostrandosi ribelli ad ogni cura medica, sintomatica o patogenetica.

In altri termini, eccettuato casi specialmente gravi ed acuti, si dovrebbe, secondo alcuni clinici, ricorrere al chirurgo solo dopo aver tentato con sollecitudine ed avvedutezza i numerosi mezzi medici che oggi abbiamo a nostra disposizione.

Io, in verità, non mi sentirei di sottoscrivere pienamente le conclusioni su riferite e tanto meno quelle di Chvostek, secondo le quali il solo vantaggio dell'intervento chirurgico consisterebbe nell'abbreviare il periodo della cura, mentre i risultati terapici collimerebbero presso a poco con quelli ottenuti con mezzi medici, per quanto a più lunga scadenza.

Poichè, ormai, per consenso unanime e pacifico che senza iperfunzione o iperdisfunzione tiroidea non si ha sindrome basedowiana, conclusione documentata da numerose ricerche sperimentali, anatomo-patologiche e cliniche, e poichè è nella tiroide dove si riscontrano costantemente — nei basedowiani — ben documentabili modificazioni macroscopiche, alterazioni istopatologiche e precisi segni d'iperfunzione: e poichè d'altra parte tutti sono concordi nel riconoscere — a parte la modalità dell'intervento, che io qui non debbo discutere — come l'agire direttamente sulla tiroide o asportandone una parte o diminuendo in essa l'afflusso del sangue, rappresenti il mezzo più rapido, più razionalmente patogenetico per ottenere costantemente e subito notevoli e duraturi miglioramenti, non di rado guarigioni complete e definitive, mi sembra logico concludere che le riserve di alcuni clinici sull'intervento operatorio derivino principalmente dalla preoccupazione che l'atto operatorio per sè stesso possa essere causa di mortalità.

Erb e Pende lo affermano francamente; dall'altro canto i chirurghi — Th. Kocher alla testa — insistono sulla necessità dell'intervento operatorio, non solo, ma sulla necessità d'intervenire precocemente, prima che siano sopraggiunti quei fenomeni degenerativi e di aggravamento del processo morboso che specialmente si appalesano a carico dell'apparecchio cardio-vascolare, dello stato di nutrizione generale, del sistema nervoso e delle altre ghiandole endocrine.

Contrasto più vivo non potrebbe sussistere, in quanto che alcuni internisti vogliono, prima di passare il malato al chirurgo, esaurire tutti i rimedi di natura medica e per lungo tempo (terapia radiologica compresa), limitando l'intervento *relativamente precoce* ai casi di speciale gravità; mentre i chirurghi non intendono di operare le forme gravi se non dopo un periodo relativo di preparazione preoperatoria con cure mediche, allo scopo di migliorare un po' le condizioni generali dell'ammalato e invece consigliano l'operazione precoce nelle forme basedowiane conclamate senza speciali sintomi allarmanti.

Quali sono gli argomenti a sostegno delle due tesi in contrasto?

Gli uni e gli altri si basano sulle stesse statistiche per dedurne conclusioni nettamente contraditorie.

Afferma Eppinger di avere avuto nei basedowiani trattati con sole cure mediche una mortalità del 5,1 %, 32,8 % di guarigioni e 41 % di miglioramenti; mentre il Kocher conta una mortalità del 6,7 % su tutti i casi operati, il 76 % di guarigioni durature e il 17,3 % di miglioramenti.

Concludono gl'internisti che le due statistiche non differiscono molto, in quanto che la somma dei casi guariti e migliorati e la percentuale di mortalità presso a poco si equivalgono.

In realtà, però, mi pare che le considerazioni che si possono fare sulle cifre riportate, debbano portare a conclusioni un po' differenti.

Poichè mentre il Kocher ottiene il 76 % di guarigioni durature, l'Eppinger arriva solo alla cifra 32.8 % e parla invece di 41 % di casi migliorati, contro i 17.3 % di Kocher. — Ma noi sappiamo bene che cosa significhi, in linguaggio clinico, miglioramenti del morbo di Basedow: si tratta sempre di semplici attenuazioni della sindrome, sempre pronta ad aggravarsi, con scarsa tendenza a definitive guarigioni, mentre il Kocher chiaramente afferma che il 76 % dei suoi operati sono guariti radicalmente e senza recidivare, anche a distanza di molti anni. — Non mi dilungo a portare altre statistiche, sopratutto americane; scelgo solo nella chirugia italiana, che tanto contributo ha apportato allo studio del problema, le conclusioni dello Schiassi, il quale, fino al 1919, aveva operato 37 basedoviani con resezione della tiroide senza alcun caso di mortalità, se si toglie una diagnosi di B. dove si trattava di un neoplasma basedovizzante della tiroide. Su 28 casi fin d'allora lo Schiassi, a distanza di parecchi anni dall'operazione, riportava 28 guarigioni stabili; sono molto desideroso di conoscere il comportamento tardivo degli altri 9 operati e di altri eventualmente operati dopo il 1919.

Nessun decesso nei casi operati da Fasano e dal correlatore Fiori, bassissima mortalità nelle statistiche di Alessandri, Uffreduzzi, Carle, Giordano, Nigrisoli, Mariani.

Sono risultati che danno a pensare. Se poi vogliamo tenere in considerazione la letteratura americana anche recentissima, l'utilità dell'intervento chirurgico appare anche più manifesta, in quanto riporta altissime percentuali di guarigini, oltre l'85 % con scarsissimi, quasi trascurabili, incidenti operatori, ridotti, secondo tali osservatori, all'1 % in seguito a speciali trattamenti preoperatori. In ogni modo anche la media generale della mortalità delle statistiche europee è costituita da cifre che oscillano dal 2.5 % al 3 % le quali si riferiscono non solo alla mortalità operatoria, ma anche a quella verificatasi fino a due mesi dopo l'intervento.

Le conclusioni più recenti di alcuni chirurghi americani sul trattamento chirurgico del B. preciserebbero non solo una percentuale più alta di guarigioni, ma anche una mortalità inferiore rispetto al trattamento conservativo.

Abbiamo noi con le cure mediche usate finora risultati paragonabili ai precedenti? Non mi pare. Come avrò occasione di ricordare parlando delle cure mediche, mentre in un caso le più rosee speranze sorgono per i benefici ottenuti con determinati medicamenti, in casi che si direbbero consimili per decorso, gravità, sintomatologia, gli stessi rimedi si dimostrano assolutamente inefficaci.

Accennerò, in onore al mio Maestro Pietro Castellino, a quanto si ottiene talvolta in alcuni basedoviani, specialmente donne, con l'uso di sostanze testicolari. Non adopero quasi mai estratti del commercio, ma faccio ingerire testicoli crudi di vitello o di montone: ricordo un caso di Siena dove il risultato è stato semplicemente sbalorditivo in una signora affetta già da lungo tempo da sindrome basedoviana; è proprio di questi giorni un altro successo ottenuto con lo stesso metodo in un ammalato della Clinica.

Ma in quanti altri casi lo stesso trattamento diede risultati nulli, oppure assai modesti!

Chiunque esercita la medicina e ricorda la casistica personale, dovrà convenire che anche per gli altri medicamenti — riconosciuti quali i più efficaci — si ripetè il fatto sovra accennato.

Perchè questa disparità di risultati, secondo il mio modo di vedere notevole, fra cure mediche e cure chirurgiche?

La ragione mi pare evidente, poichè se è vero, che, qualunque sia il determinismo dello squilibrio iniziale, alla tiroide spetta indubbiamente la parte principale nella patogenesi della sindrome, così che anche in medicina — a parte alcuni rimedi sintomatici — si cerca sempre di agire con azioni antagonistiche alla iperfunzione tiroidea (varie antitiroidine, latte di animali stiroidati, ormoni antagonistici, ecc.), l'intervento chirurgico risale alla radice del male; con l'azione sulla tiroide tende a ridurne bruscamente la funzione e forse — in armonia con altri fatti noti di fisiopatologia — non solo togliendo parte dello struma riduce quantitativamente il secreto, ma anche per le mutate condizioni circolatorie, tende a rendere normale qualitativamente il secreto stesso. Dico questo in via d'ipotesi, altrimenti non saprei interpretare la relativa rarità delle recidive.

Comunque sia, l'intervento chirurgico è sicuramente il mezzo migliore per guarire il B. il quale — non bisogna dimenticarlo — è malattia grave, di lunga durata, facilmente recidivante, che conduce non di rado a morte e provoca notevoli, indicibili sofferenze ai malati e non pochi disagi alle famiglie.

Stando così le cose, io mi domando se, di fronte a una sindrome basedoviana, qando le condizioni generali del malato siano discrete, non vi siano complicanze renali o gravi fenomeni cardiaci e il trattamento preoperatorio sia fatto con quegli accorgimenti che chirurghi autorevoli ritengono indispensabili, non sia più razionale sottoporre l'infermo all'operazione precocemente piuttosto che attendere una problematica guarigione assai lontana col pericolo che l'attesa vada aggravando il processo morboso.

Quali, in ultima analisi, le ragioni di esitanza di alcuni internisti sull'intervento chirurgico del B.?

Non certo perchè non si creda alla sua efficacia, non certo perchè si ritengano altrettanto utili e rapidi nella loro azione i mezzi medici, ma solo perchè si teme la mortalità operatoria. Problema quindi di tecnica operatoria più che di Clinica.

Se noi internisti dovessimo limitarci a far operare solo in quei casi nei quali la mortalità operatoria è di molto inferiore a quella del B., interventi in forme gravi se ne farebbero ben pochi. Poichè con ogni probabilità parte dei rari insuccessi operatori sono dovuti al ritardato intervento; se si opera quando la sindrome è impressionante, quando il cuore è stanco o dilatato, la glicoemia presente, il dimagrimento notevole, le diarree profuse, lo struma voluminoso, le condizioni del sistema nervoso non buone, si comprende come si possano avere allora casi di mortalità operatoria. Non è in questi stati consigliabile l'operazione immediata; ed è qui allora che medicina e chirurgia devono strettamente allearsi per preparare l'ammalato all'operazione cercando con i mezzi che la Clinica ormai conosce non di guarire — problema medicalmente quasi insolubile — ma di ridurre la gravità della sindrome in proporzioni più modeste, onde possa poi il trauma chirurgico essere più facilmente sopportato.

Pare a me — per quanto a grande distanza i due processi morbosi — che in quanto a indicazione per un intervento chirurgico esista una certa analogia fra appendicitici e basedoviani.

Anche per quelli l'intervento precoce è utilissimo, ma a processo acuto in atto, nessun chirurgo

opera ma attende invece che i fenomeni si attenuino per intervenire in condizioni più opportune.

S'intende — e tengo a fissare bene questo concetto — che per intervento chirurgico precoce sulla tiroide io mi riferisco sempre ad una precocità molto relativa e cioè non a quei casi nei quali i fenomeni oggettivi e soggettivi siano ancora scarsi e indecisi, ma quando già chiara risulti la diagnosi d'ipertiroidismo basedoviano e i segni si dimostrino persistenti.

Nelle forme imprecise, basedovoidi, agire sempre con terapia medica; difficilmente, se essa non riesce ad impedire lo scoppio del B., riescirà a guarire la sindrome nel suo completo sviluppo.

Il correlatore chirurgo vi esporrà con ben maggior competenza della mia le indicazioni dell'intervento chirurgico nei basedoviani. A me basta l'aver discusso brevemente la questione pregiudiziale dell'opportunità dell'intervento. Io sono decisamente, nella maggioranza dei casi, favorevole alla terapia chirurgica. Ho troppa fede nell'abilità dei nostri chirurghi e nei progressi della tecnica per temere dell'intervento; l'indicazione patogenetica ne è fuori discussione e le guarigioni che si ottengono non si possono mettere in dubbio.

È mia convinzione che in generale s'intervenga troppo poco chirurgicamente in medicina interna. Anche per il B. penso precisamente così e non credo che il timore di qualche eventuale insuccesso debba sconsigliare ai medici l'intervento operativo con le riserve e le modalità sopra accennate.

Discussa la pregiudiziale sull'opportunità dell'intervento chirurgico, veniamo ora a parlare brevemente della terapia medica del morbo di Flajani, escluse la radiologia e la diatermia affidate ad un terzo relatore.

È bene qui ricordare — come ho già accennato — la necessità di riconoscere eventuali ragioni di morbilità che, per quanto non ben chiarite nel loro meccanismo d'azione, costituiscono almeno la causa apparente di sindromi basedoviane. Ricordo ancora le infezioni (reumatismo articolare, lue, tubercolosi, tifo, polmonite, ecc.) sia generali, sia sotto forma di tiroiditi acute, i tumori maligni, i quali naturalmente richiedono cure speciali: così i casi dove la sindrome basedoviana prende origine da processi morbosi extratiroidei; i più noti alla mucosa naso-faringea e tonsillare, all'apparecchio genitale femminile, per i quali l'intervento in sito riesce ad attenuare la sindrome basedoviana.

La terapia medica può essere distinta in igienico-dietetica, sintomatica o presunta patogenetica; dico presunta, perchè in realtà non è detto che tutti i medicamenti considerati patogenetici siano tali in realtà.

Norme igienico-dietetiche. — Stabilita la diagnosi di morbo di Flajani Basedow, ricercati prima con la massima diligenza i fattori eziologici, urge affrontare subito il problema igienico e dietetico di notevole importanza terapeutica.

Prima di tutto consigliare il riposo fisico e cerebrale e quando sia possibile togliere gli ammalati dal loro abituale ambiente dove ad ogni momento possono o ripetersi o più facilmente essere ricordati alcuni dei coefficienti occasionali determinanti la sindrome (ricordi dolorosi, dissapori in famiglia, melanconie dell'ambiente, ecc.).

Non è necessario — se non in casi gravi dove la sorveglianza e l'assistenza medica devono essere continue — il ricoverare gli infermi in Ospedali o in case di salute. Giova assai un ambiente tranquillo all'aria aperta, non al mare, ma piuttosto in alta montagna o in collina, a seconda delle stagioni.

Abolizione completa — fin dove sia possibile — di qualsiasi lavoro mentale, di preoccupazioni economiche o di responsabilità amministrative e politiche.

L'idroterapia moderata è di sicuro giovamento, fatta però con grande prudenza e limitata quasi esclusivamente ad un bagno tiepido poco prima di coricarsi.

Sono controindicate le applicazioni fredde e le docce.

L'alimentazione — tenuto conto del notevole consumo di tali malati — dev'essere piuttosto abbondante. Pende consiglia l'uso abbondante di farinacei. Assai indicato l'uso del latte, delle uova, dei legumi, non controindicate le carni se non si eccede; largo uso di grassi, sotto forma di olii, burro, ecc.

Naturalmente la dieta deve variare da caso a caso a seconda di speciali indicazioni e controindicazioni, ricavate dal comportamento del ricambio basale, dalle condizioni della funzione gastrointestinale, dallo sfruttamento più o meno completo degli idrati di carbonio.

Come coadiuvanti la nutrizione giovano gli olii fosforati e l'olio di fegato di merluzzo.

Poco o niente vino, o per lo meno poco vino bianco secco leggermente alcoolico; poco the, quasi niente caffè, per la loro azione eccitante.

Utili i vari tipi di acqua minerale a scopo dissetante.

Medicamenti sintomatici. — La terapia sintomatica è costituita da medicamenti ricostituenti, sedativi, tonici, cardio-vascolari, antidiarroici, ecc.

Fra i ricostituenti generali è assai adoperato l'*arsenico* con risultati discreti. Una conferma recente dell'utilità dell'arsenico nella sindrome basedowiana ci viene data dallo studio del metabolismo basale: alcuni Autori — fra i quali ricordo il Kowitz e il Klewitz — hanno riportato alla norma il metabolismo basale profondamente alterato in alcuni casi di ipertiroidismo.

Fra i preparati sono consigliabili il liquore arsenicale del Fowler, l'arseniato di soda per iniezioni (non meno di 5 mmgr. per fiala), l'arseniato di ferro, i cacodilati.

Assai usata è la cura fosforica, sotto forma di ipofosfiti tipo Fellow o di glicerofosfati, sia per via orale che per iniezione.

Insisto ancora sull'utilità degli olii fosforati,

Un medicamento, una volta ritenuto dannoso, e che oggi invece è ritornato in onore, è lo *jodio.*

L'introduzione dell'jodio nella cura dell'ipertiroidismo e del morbo di Flaiani-Basedow ha suscitato appassionate discussioni, le quali non hanno ancora portato ad un accordo completo fra coloro che decretano l'ostracismo a tale medicamento, considerandolo dannosissimo per gli ammalati, e coloro che se ne mostrano entusiasti, ritenendolo non un rimedio sintomatico, ma quasi specifico della sindrome basedowiana.

Date le concezioni patogenetiche dominanti, nei riguardi del morbo di Flajani-Basedow, la grande maggioranza dei medici considera come decisamente dannoso l'uso dei preparati jodici: ricordo, fra gli altri, Kocher e Schiassi. Al contrario, in questi ultimi tempi, alcuni osservatori — specialmente americani e inglesi — affermano di aver ottenuto con l'uso moderato e appropriato di jodio, dei notevoli risultati, sfruttabili sopratutto come preparazione dell'ammalato all'intervento chirurgico. Ricordo in proposito le osservazioni di Plummer, Neisser, Loewy e Zondek, Mason, Marion, Mendel, Boothby, Fraser e Mayo, il quale ultimo richiama decisamente l'attenzione sull'utilità della somministrazione di jodio nei gozzi esoftalmici da operare.

In genere si seguono le indicazioni di Plummer, il quale consiglia di usare i preparati jodici sotto forma di liquido di Lugol nelle proporzioni di 10 gocce al giorno.

Tutte le manifestazioni morbose della sindrome di Flajani-Basedow regrediscono e anche il metabolismo basale esagerato viene riportato alla norma con l'uso di piccole dosi di jodio. Alcuni Autori consigliano la somministrazione del medicamento in dosi anche minori di quelle indicate.

Iachson, servendosi del liquido di Lugol nelle proporzioni indicate da Plummer, avrebbe ottenuto notevoli miglioramenti, ma non guarigione del morbo di Flajani-Basedow; egli invece lo considera come un prezioso mezzo coadiuvante del trattamento chirurgico. Immediatamente prima dell'operazione s'intensifica la terapia iodica (per 3 giorni 30 gocce di liquido di Lugol e nelle 48 ore che precedono l'intervento 40 e anche 50 gocce). Dopo l'operazione 10 gocce al giorno. Con tale procedimento su 63 basedowiani operati non ebbe alcuna mortalità operativa, nè postoperativa. Il metabolismo basale scese da 49 % a 8 %.

Mendel, che è entusiasta della terapia jodica nel morbo di Flajani-Basedow, unisce all'jodio l'arsenico sotto forma di iodarsol, che inietta per via endovenosa.

Si è cercato d'interpretare con quale meccanismo d'azione i preparati iodici diano buoni risultati nella sindrome basedowiana.

Alcuni Autori ritengono che in queste condizioni morbose la tiroxina sia imperfettamente jodizzata e che quindi l'uso di piccole dosi di preparati jodici possa per questa ragione riuscire vantaggioso. Anzi, secondo recenti ricerche, il trattamento preoperativo con l'jodio darebbe anche un indice dell'opportunità dell'intervento: usando la soluzione di Lugol con la metodica di Plummer per un periodo non più lungo di 14 a 20 giorni, se il metabolismo basale non cade di 15 o 20 punti, significa che il malato si trova in un periodo critico nel quale non è consigliabile l'operazione sulla tiroide. Gli autori americani insistono sulla utilità di questo trattamento preoperativo che ridurrebbe di molto la mortalità operatoria.

Schulmann, che si è occupato del gozzo esoftalmico sifilitico (che migliora col trattamento specifico), ritiene che i buoni risultati ottenuti nei basedowiani con la terapia jodica possano spiegarsi tenendo presente la natura luetica di alcune di tali forme morbose.

Il problema della terapia jodica nel morbo di B. merita sicuramente ulteriori studi: in ogni modo, sembra non del tutto giustificato l'ostracismo contro l'jodio in tale forma morbosa.

I sedativi — data la facile irritabilità nervosa dei basedowiani — sono stati e sono tuttora largamente usati: i *bromuri*, in primo luogo, la *valeriana*, la *canfora.*

Fra le soluzioni bromiche ne ricordo una usata largamente dal prof. Riva, costituita da un'associazione di *bromuro di stronzio* con una piccola dose di *antipirina.* La ricordo perchè oggi — secondo alcuni — antipirina e chinina giovano in alcune sindromi basedowiane.

Sono pure stati consigliati i *sali di calcio* (cloruro di calcio) come moderatori dell'eccitabilità nervosa.

Nelle varietà basedowiane a tipo vagotoniche utili sono la *belladonna* e l'*atropina*: la belladonna sotto forma di pillole di estratto secco di 1 centigr. l'una, 2-3 al giorno, l'atropina centigr. 2 in 20 gr. d'acqua distillata, dandone da 15 a 20 gocce al giorno.

Di un'importanza notevole sono i medicamenti adoperati per l'apparecchio cardio-vascolare. Non è qui il caso di discutere l'interessante e complesso argomento del cuore basedowiano; basti ricordare come prima cura cardiaca nei basedowiani sia il riposo assoluto, e in parte, la moderata idroterapia già accennata.

L'uso dei cardiotonici dev'essere sempre fatto con grande prudenza. Non certo consigliabile è la *digitale*, non solo perchè generalmente è di scarsa azione, ma anche perchè può essere veramente nociva.

Al contrario giovano lo *strofanto*, l'*adonis*, la *canfora*, e — secondo Oswald che recentemente si è occupato dell'argomento — anche l'*uabaina* e l'*eserina*, quest'ultima in unione allo strofanto.

Nella tachicardia esagerata è consigliato ancora dall'Oswald il *chinino* e nelle aritmie la *chinidina.*

Loeper e Ollivier hanno usato per la cura del morbo di Basedow, il *borato di soda* e propria-

mente un citrato borico-sodico, avendo associato in una stessa soluzione, il citrato e il borato di soda.

In alcuni casi di morbo di Flajani, nei quali il bromuro, la valeriana, la chinina e anche la radioterapia non avevano dato alcun successo, il borato di soda migliorò i sintomi digestivi, le reazioni nervose, i disturbi del carattere, ridusse l'esoftalmo, la tachicardia e il volume della tiroide ingrossata.

Gli AA. pensano ad una speciale affinità del boro per il corpo tiroide ed hanno istituito in proposito delle ricerche sperimentali, delle quali ancora non si conoscono i risultati.

Fra i medicamenti adoperati in questi ultimi anni per la cura del morbo di Flajani-Basedow, dobbiamo ricordare l'*ergotamina*, la quale è stata sperimentata specialmente da ricercatori tedeschi e con buoni risultati (Staehelin, Merke, Adlersberg e Porges).

L'ergotamina — secondo le ricerche di Stoll — è il principale alcaloide della segala cornuta e viene largamente usata in ginecologia sotto forma di tartrato di ergotamina, specialmente quella che è nota in commercio col nome di *gynergen*.

L'ergotamina esplica un'attività moderatrice sulla funzione del sistema simpatico e di quello parasimpatico e quindi è dotata di un'azione antagonista a quella della tiroxina che — com'è noto — eccita tutto il sistema nervoso della vita vegetativa, simpatico e parasimpatico.

Sulla base di questo antagonismo, si sono iniziate le ricerche terapeutiche con l'ergotamina, tanto più che già da tempo in Inghilterra i preparati di segala cornuta venivano adoperati per la cura del morbo di Basedow.

Norme precise e uniformi di posologia del medicamento non si possono stabilire, variando notevolmente il grado di tollerabilità dei diversi soggetti, per cui alcuni sopportano benissimo iniezioni sottocutanee di 1 cmc. (Gynergen, Sandoz), mentre altri mostrano segni d'intolleranza anche con mezzo cmc., corrispondente a 25 mgr. di sostanza. In genere si praticano iniezioni di mezzo cmc., 2-3 volte al giorno, per 1, 2, 3 settimane; si sospende per un paio di settimane e dopo — se occorre — si può riprendere la cura.

All'inizio si possono avere palpitazioni e cefalee, che non si ripetono con le iniezioni successive.

Dei 22 casi trattati con l'ergotamina da Adlersberg e Porges nella Clinica di Wenkeback, in 15 si ebbero notevoli miglioramenti, in 4 discreti, mentre in 3 i risultati furono nulli.

Di difficile cura sono le forme diarroiche persistenti dei basedowiani; gli oppiacei danno scarsi risultati e il loro lungo uso non è consigliabile. Sono meno dannosi il tannino e il bismuto, ma anch'essi hanno scarsa azione Qualche volte giova l'atropina.

Eppinger raccomanda i *clisteri di adrenalina* (20-30 gocce di soluzione del commercio in 200 d'acqua).

Non va dimenticato che in alcuni basedowiani prevalgono disturbi psichici con notevoli stati di eccitazione mentale. Tali malati vanno rigorosamente sorvegliati. Ne ricordo uno recente che manifestava propositi suicidii e nel quale l'insonnia era persistente e veramente tormentosa. Fare uso in questi casi di canfora, di valeriana, quest'ultima anche sotto forma di clisteri a dosi elevate, di bromuri e anche — in dosi moderate — di preparati di oppio.

Utile, come ho già detto, il bagno caldo prima di coricarsi.

Venendo ai medicamenti che più specialmente passano per patogenetici o antagonistici — fra i quali dovrebbe rientrare anche la ergotamina — sono a tutti note, perchè ormai usate in larga scala, le cosidette antitiroidine, di cui non è necessario ricordare il numeroso elenco.

Si usano attualmente a tale scopo sieri di animali stiroidati; così quello di Moebius (siero di montone stiroidato addizionato con acido fenico) o il sangue in toto di montone stiroidato e, più largamente, il *siero di cavallo stiroidato*, che si trova in commercio sotto forma di compresse o di sciroppo.

È stato utilizzato anche il latte di capra stiroidata, che si somministra in dosi da 2 a 10 grammi al giorno.

I risultati sono discreti nelle forme lievi e di media intensità, mentre nelle forme gravi d'ipertiroidismo essi sono nulli: in ogni modo nell'uno e nell'altro caso assai incerti.

Si sono preparati anche dei sieri, iniettando in animali estratti tiroidei; i sieri così ottenuti avrebbero provocato sperimentalmente rarefazione della sostanza colloide della tiroide e quindi riduzione della funzione secretoria di questa ghiandola. In seguito a tali esperimenti, i sieri così preparati sono stati usati nella terapia del morbo di Flajani-Basedow con lo scopo di ridurre l'esagerata secrezione tiroidea.

I risultati ottenuti con questo siero antitiroideo sono in generale discreti, in quanto si abbassa il metabolismo basale, diminuiscono la frequenza del polso e l'intensità del tremore. (Coulaud e Suan).

Pende esperimentò anche il siero di capra in periodo di allattamento, partendo dal concetto di un ipotiroidismo fisiologico durante l'allattamento stesso.

Largamente adoperata e nelle sue forme più svariate è l'organoterapia: l'*ipofisaria*, in realtà non molto seguita, la *timica*, la *paratiroidea* (provata da Eppinger), l'*ovarica* e *testicolare*, la *pancreatica* (recentemente sotto forma d'insulina), la *pluriglandolare*, e la stessa terapia tiroidea a piccole dosi (dosi regolatrici di Lévi e Rothschild).

In realtà scarsi sono i risultati di questi rimedi.

Pende consiglia un preparato pluriglandolare, costituito da polvere di tiroide, paratiroide, lobo anteriore ipofisario, corteccia surrenale, pancreas, dal quale ha ricavato qualche vantaggio che però — afferma l'Autore — potrà essere meglio chiarito nel suo valore reale in seguito a più lunga esperienza.

Di tali preparati quelli che hanno dato i risultati più incoraggianti sono gli ovarici e sopratutto i testicolari.

Preconizzata da Castellino, la terapia ormonica sessuale del morbo di Flajani-Basedow s'ispira a concetti patogenetici e propriamente alla concezione della distrofia endocrino-simpatica, rappresentata dall'ipertiroidismo e dall'ipereccitabilità simpatica, quali elementi essenziali della patogenesi della sindrome basedowiana.

Per modificare questa condizione patologica e specialmente per riportare verso lo stato normale il tono esagerato del simpatico, si è pensato di ricorrere all'azione di sostanze antagonistiche e cioè agli *ormoni vagotonici*. Sono stati esperimentati quasi tutti: timo, ghiandole linfatiche, tonsille, milza; ma quelli che hanno dato i migliori risultati nel morbo di Basedow sono gli *ormoni sessuali*.

Secondo alcuni questa terapia è efficace in tutte le forme di ipertiroidismo, secondo altri, invece, soltanto in quelle nelle quali esistono — contemporaneamente ai disturbi tiroidei — alterazioni anche a carico degli organi sessuali.

Il Coulaud, che recentemente si è dimostrato entusiasta della terapia ovarica nel gozzo in genere, dichiara che nelle sindromi complete di Flajani-Basedow, i risultati di tale indirizzo curativo sono assai scarsi o addirittura nulli, in quanto si limitano ad una più o meno spiccata riduzione di volume del gozzo, mentre gli altri sintomi (esoftalmo, tachicardia, tremore, cachessia progressiva) permangono quasi immodificati.

Non vi è dubbio invece che la terapia testicolare, sopratutto sotto forma di testicolo fresco crudo, dà in alcuni casi buoni risultati; accenno solo a quelli ottenuti dal Castellino e dai suoi allievi (Ferrata, Giovine, Goglia, ecc.). Anche il Maranon mette in prima linea la terapia ormonica sessuale.

Recentemente si è ricorso anche all'*insulina*.

Sono ancora assai scarsi i dati che si riferiscono all'uso dell'insulina nella terapia del morbo di Flajani-Basedow, essendo cominciate soltanto nello scorso anno le ricerche in proposito.

Il criterio, al quale si sono ispirati coloro che si sono serviti di questo nuovo metodo di cura, si basa sul supposto antagonismo fra tiroide e pancreas; e siccome di quest'ultimo organo si è potuto ottenere, in questi ultimi anni, l'estratto della parte funzionalmente endocrina e cioè l'insulina, così è sembrato logico servirsene per combattere le manifestazioni dell'ipertiroidismo. L'insulina, in altri termini, sarebbe l'antagonista dell'esagerata secrezione della ghiandola tiroide.

Altri Autori, invece, pensano ad un'azione più complessa e ritengono che l'insulina influisca sullo stato generale, sul simpatico e sulle ghiandole endocrine.

Ad ogni modo, sono già registrati nella letteratura medica buoni risultati ottenuti nel morbo di Flajani-Basedow con la terapia insulinica (Goffin, Lawrence, Merklen, Wolf e Kayser, Lépine, Farturier): miglioramento dei diversi sintomi della malattia e diminuzione spiccata del metabolismo basale.

Facciamo notare che in qualche caso, trattato con l'insulina, le manifestazioni basedowiane coincidevano con segni sicuri di diabete (polidipsia, poliuria, glicosuria e glicemia) e che il trattamento fece scomparire piuttosto i sintomi diabetici, che non quelli ipertiroidei.

Solo successivi controlli potranno dirci se l'insulina debba considerarsi veramente un medicamento adatto per i basedowiani.

Della terapia medica fanno parte anche la radioterapia, l'elettroterapia, la diatermia: ma io non me ne occupo, essendo ciò compito di un terzo relatore radiologo.

Da un punto di vista generale dobbiamo far notare che mentre sui buoni risultati consecutivi all'intervento chirurgico il consenso è quasi unanime, non altrettanto può dirsi per la radioterapia e che anzi numerosi radiologi, in seguito a larga esperienza, si sono dimostrati in proposito molto riservati.

La breve esposizione delle varie cure mediche attualmente più in uso nel morbo di Basedow documenta col non piccolo numero dei rimedi consigliati, non di rado fra loro in contrasto, come ben lontana sia ancora la possibilità di avere a nostra disposizione medicamenti ad azione efficace e costante. Al contrario, caratteristica della terapia medica del Basedow è l'incostanza dei risultati, anche con quei mezzi ritenuti per consenso unanime i più opportuni.

Possiamo infatti concludere che i successi ottenuti talora con le cure mediche, non sono la risultante di terapie specifiche, ma di molteplici procedimenti fra loro i più disparati: igienico-dietetici, ricostituenti, sintomatici e così detti patogenetici, variabili da caso a caso, onde non appare per ora possibile prospettare concrete norme comuni di terapia medica.

***

Da questo breve riassunto mi pare si possano dedurre le seguenti pratiche conclusioni:

La malattia di Flajani-Basedow rientra indubbiamente nelle forme costituzionali ereditarie, in quanto i soggetti che ne sono colpiti presentano « uno stato d'irritabilità e labilità primigenia della tiroide e del sistema nervoso regolatore delle secrezioni tiroidee ».

È quasi sempre su questo terreno che brusca-

mente o lentamente sorge la sindrome basedowiana.

Individuare tali soggetti, rilevarne con i moderni metodi di indagine i piccoli segni d'ipertiroidismo è compito non facile, ma assai utile per istituire una opportuna e tempestiva terapia.

È in questa fase dove la cura medica può riuscire veramente efficace, correggendo le suscettibilità nervose, attenuando i disturbi tiroidei, migliorando le condizioni generali dei soggetti, cercando d'impedire il persistere o quanto meno l'aggravarsi dei fenomeni e quindi lo scoppio della classica e completa sindrome basedowiana.

La conoscenza di questa speciale predisposizione ereditaria ci permette di interpretare facilmente come molti basedowiani, guariti con cure mediche o con interventi operatori, possano presentare anche in seguito piccoli segni del loro squilibrio nervoso-endocrino, poichè anche clinicamente guariti non viene a mutare, nella sua essenza, la loro costituzione.

Di fronte ad una sindrome basedowiana conclamata, i provvedimenti da prendersi vanno distinti da caso a caso.

In linea generale, però, possiamo a scopo di orientamento dividere i basedowiani in tre categorie: forme lievi, forme di media gravità, forme gravissime.

Dobbiamo ritenere forme lievi quelle dove la sintomatologia basedowiana, pur essendo nei suoi elementi fondamentali manifesta, è però attenuata e non provoca, se non tardivamente, gravi perturbamenti sulle condizioni generali dell'organismo. In queste forme, iniziare sollecitamente una cura medica e insistere su questa quando, dopo un tempo relativamente breve, si riscontri un miglioramento sia pur lieve o quanto meno non un peggioramento della sindrome. Avverandosi quest'ultima evenienza, ad onta che il riposo sia assoluto e i rimedi sintomatici e così detti patogenetici largamente usati, prospettarsi senz'altro il problema dell'intervento chirurgico.

Per forme di media gravità debbono intendersi quelle dove i sintomi comuni del Basedow sono assai più accentuati e si accompagnano a notevole dimagramento, a crisi nervose, a disturbi intestinali, sudori profusi, ecc., dove il ricambio basale raggiunge cifre elevate, la tachicardia è accentuata, senza però che vi siano gravi complicanze cardio-vascolari, renali o a carico del sistema nervoso centrale.

Generalmente questi malati — quando arrivano a noi in tali condizioni — sono già stati sottoposti a cure mediche. È inutile perder tempo; conviene inviarli al chirurgo il più presto possibile, tanto meglio se l'inizio della forma è affatto recente.

Per basedowiani specialmente gravi intendo parlare delle forme raramente a brusco inizio, spesso d'antica data, recidivanti, nelle quali i sintomi fondamentali acquistano particolare gravità, dove alla tachicardia si accompagna astenia cardiaca con dilatazione grave di cuore, dove frequentemente si riscontrano albuminuria e glicosuria e spiccati si presentano i disturbi del sistema nervoso e talvolta della psiche e grave è il deperimento organico.

Si comprende che in questi casi — se si eccettua l'esistenza di un gozzo stenosante — non è consigliabile l'intervento chirurgico immediato. Bisogna preparare l'ammalato, se è ancora possibile, ad affrontare il trauma chirurgico, facendo uso oculato, diverso da malato a malato ben si comprende, dei comuni rimedi sintomatici, non escluso in piccole dosi l'jodio che, per esperienza di chirurghi, giova in simili circostanze.

In altre parole, terapia medica d'attesa vigilante nelle sindromi lievi, con pronto intervento chirurgico quando tendono ad aggravarsi; intervento precoce nelle forme accentuate senza gravi complicanze, e nei casi di estrema gravità, intensa oculata terapia medica preoperatoria.

Come si vede non è il caso di parlare di una pregiudiziale chirurgica necessaria e costante per tutti i basedowiani. Per decidere come e quando si debba preferire transitoriamente o in definitiva la terapia medica a quella chirurgica, o precocemente o in secondo tempo intervenire sulla tiroide, non può certo essere sufficiente criterio di scelta lo schematismo terapico sovra esposto.

Come accennai al principio della relazione, mai forse come per la malattia di Flajani-Basedow è vero l'assioma che ogni malato costituisce una personalità clinica a sè, non dovendo dimenticare le secondarie variabili modificazioni che l'ipertiroidismo basedowiano porta sulle altre ghiandole a secrezione interna e come non sempre vi sia corrispondenza fra gravità della sindrome e difficoltà di guarigione del malato: onde in ogni singolo caso, dovrà il medico da un esame accurato, storico ed obbiettivo e dal divenire della sindrome stessa, dedurre pratiche indicazioni per l'indirizzo curativo.

FIORI P. (Modena).
(Relatore di parte chirurgica).

Conclusioni.

Io non credo di dovere concludere la rivista di questo capitolo con cifre e statistiche di confronto fra i risultati medici e quelli chirurgici, perchè sono convinto che sia l'Internista come il Chirurgo hanno ciascuno un compito ben definito, Capelle nel 1918, sintetizzando il pensiero di Garrè, così si esprimeva:

1) Basedowiani per condizioni sociali impossibilitati a sostenere una cura medica confacente, debbono venire operati, appena che palpabili si sentono le modificazioni tiroidee.

2) Condizioni sociali agiate indicano l'inter-

vento chirurgico solo quando le condizioni generali tendono a scadere.

3) Quando il miglioramento sotto l'influenza delle cure mediche non avviene entro lo spazio di *tre mesi*, l'intervento chirurgico è pure indicato.

Pur convenendo, in tesi generale, nelle idee della scuola di Bonn, io credo le affermazioni del n. 1 e 3 modificabili nella misura seguente:

1) I casi di modesta gravità restano del dominio medico, a meno che o non presentino tendenza al peggioramento o condizioni sociali rendano impossibile un confacente periodo di cura; in quest'ultimo caso però il periodo di tempo non può essere precisato in una scadenza fissa.

2) I casi di gravità più manifesta, nei quali però il sistema cardio-renale non ha sintomi di reale insufficienza, sono di dominio del Chirurgo, specialmente se le cure mediche sono già state tentate con insuccesso. La cura chirurgica vi registra i più lusinghieri risultati, sia operatori che a distanza.

3) I casi gravi ed in questi, oltre quelli ad insufficienza cardio-renale conclamata, debbono rientrare i casi ad inizio irruento, decorso rapido, turbe del ricambio esagerate, sono del dominio medico per tutto quel periodo, nel quale è logico attendersi dalle cure interne una remissione, se non la totale scomparsa, dei sintomi di scompenso. Se le cure mediche riescono allo scopo, questi casi possono rientrare fra quelli del n. 2 e cioè diventare suscettibili di cura chirurgica.

4) In via di eccezione il trattamento chirurgico potrà sostituirsi a quello medico negli scopi di cui al n. 3, ma la conclusione di de Quervain non può, a questo riguardo, esser presa alla lettera.

5) Alla X terapia è riserbato il migliore avvenire se può diventare un intervento di misura.

6) Le prove sierologiche, biologiche e farmaco-dinamiche sono elementi diagnostici di primo ordine; minore è il loro valore di elementi-indice per l'intervento. E così il fissare, ad esempio, in cifre i limiti del ricambio basale, entro il quale deve mantenersi il Chirurgo per proporre o meno l'operazione, può essere uno schematismo inutile e pericoloso.

7) Nella valutazione dei risultati, il riacquisto della capacità lavorativa costituisce il criterio-base; non basta sapere se l'ex-basedowiano vive, ma occorre sapere come vive.

8) Le considerazioni fatte valgono pel Basedow primitivo e pel Basedow secondario; naturalmente, non deve essere perduta di vista l'opportunità di valutazioni contingenti. Alcune delle forme basedowoidi possono versosimilmente rientrare, patogeneticamente e terapeuticamente, nel gruppo dei Basedow parziali ed incompleti.

La radioterapia del M. di Flajani Basedow.

MILANI E. (Roma).

Debbo ringraziare innanzitutto a nome della Società Italiana di Radiologia la Presidenza delle Società di Medicina Interna e di Chirurgia, per avere voluto che nello svolgimento della relazione comune alle due Società partecipasse ufficialmente — a tale scopo delegato — un membro della Società Italiana di Radiologia Medica.

L'opera fattiva del Presidente della Società Italiana di Radiologia, Prof. P. Tandoia, ha permesso così che la radiologia per la prima volta viene ad affiancarsi ufficialmente alla chirurgia e alla medicina generale e da tale intima collaborazione clinico-radiologica, tante volte desiderata, non può che scaturire il desiderio che la collaborazione iniziata divenga ancor più stretta nell'avvenire.

* * *

Io cercherò per quel che riguarda la terapia del morbo di Flajani di evitare per quanto è possibile tutte le questioni tecniche; ma è fuori di dubbio che dopo aver ascoltato le due relazioni precedenti, specie quella di parte chirurgica, io debbo necessariamente sfrondare la relazione e difendere il punto di vista della radiologia. Tra le obbiezioni non ho udito almeno quella lungamente ripetuta da molti medici e riaffermata recentemente da alcuni chirurghi quali Klieneberger e Liek, se la roentgenterapia non sia in fondo che *una psicoterapia.*

Sono state da parte radiologica portate in campo statistiche numerose sul miglioramento delle recidive postoperatorie, sul confronto fra i miglioramenti ottenuti con le sole cure igienico-dietetiche e la cura radiologica ma credo inutile insistere su queste statistiche, ridiscusse recentemente anche da Salzmann, giacchè esse appaiono sorpassate dato che oggi non possono essere disconosciute quelle modificazioni che i raggi X sono capaci di portare nell'intima profondità dei tessuti e sulla tiroide in specie e quando nel Basedow stesso si assiste a modificazioni interessanti ad esempio del metabolismo basale sotto la radioterapia.

Una seconda *questione*, invece, ho veduto riaffermata nelle conclusioni chirurgiche ma che il relatore ritiene in fondo come me sorpassata: la questione che, secondo le affermazioni di Eiselsberg, la radioterapia determini aderenze le quali possono rendere difficile un successivo intervento. Le statistiche di Dane — per citare una fra le più note nel campo radiologico — su 321 casi di gozzo semplice ed esoftalmico irradiati — negano assolutamente la possibilità di formazioni di aderenze sotto la radioterapia alla quale probabilmente sono state attribuite quelle difficoltà operatorie per la speciale durezza del connettivo perighian-

dolare già negato dal Kocher prima dell'era radioterapica. Non posso invece lasciar passare senza protesta le affermazioni del chirurgo che la radioterapia sia un metodo cieco dannoso per eccesso, inefficace per difetto. Molti di noi per prudenza potranno errare per difetto ma non per eccesso: la radioterapia del Basedow non è alle sue prime armi; conta un quarto di secolo di esperienza e se per lungo tempo la roentgenterapia ha attraversato un periodo di transizione oggi è anch'essa scienza esatta dal punto di vista della fisica tecnica. È nota infatti ai radioterapisti la speciale sensibilità della pelle dei basedowiani (legata forse secondo Bertolotti alla iperidrosi acre) e non nascondo che solo una estrema prudenza e una estrema padronanza dello strumentario poteva un tempo fare evitare possibili lesioni. Ma da qualche anno coi progressi della radioterapia a breve lunghezza d'onda, con la filtrazione crescente, con la possibilità di un dosaggio perfetto, si è non solo fissata la dose cutanea ma è stato possibile determinare che nel morbo di Basedow la diminuzione di resistenza della pelle è del 30 % rispetto alla dose eritemacutanea (HED). Esclusa la possibilità da parte di un radiologo provetto di lesioni cutanee, rimane solo il fatto che dal punto di vista estetico la radioterapia non rappresenta sempre un mezzo ideale perfetto: la persistenza di un certo grado di struma, una pigmentazione bruna qualche volta persistente, e in certi determinati casi la possibilità a distanza di tempo di numerose telangiectasie, possono essere rimproverati alla cura.

La radioterapia infine non è un mezzo cieco e non offre speciali pericoli: la mortalità si può dire nulla e scorrendo nella letteratura noi non possiamo trovare su migliaia di malati trattati che 5-6 casi di morte: ma gli incidenti in questione risalgono a moltissimi anni indietro quando non erano state fissate le indicazioni della cura, quando non era stato fissato il concetto di saggiare la reazione individuale e ventilato il pericolo di reazioni non desiderabili per sostanza tiroidea cacciata in circolo sotto le prime sedute specialmente di radioterapia. Per le stesse ragioni di controindicazione alla cura nella letteratura viene citato il caso di Cordua di passaggio del Basedow al mixedema: ma oggi per il radiologo è legge la prudenza se non l'astensione nelle forme in cui si associano segni di *deficit* e di iperfunzione; così come per il radiologo è legge lo studio di quei mutui rapporti che esistono fra le ghiandole a secrezione interna specialmente fra l'ovaio e la tiroide, per cui evitare che dopo la irradiazione ovarica a tipo di castrazione possa sorgere una classica sindrome basedowiana.

Lo spoglio delle statistiche radiologiche, i confronti fra i risultati ottenuti con la radioterapia e quelli ottenuti con le cure mediche o l'intervento chirurgico sono senza dubbio interessanti, ma io credo che lo spoglio delle statistiche riesca utile non per mettere un metodo contro l'altro ma per lo scopo finale di fissare le indicazioni dei singoli metodi e nel caso che mi riguarda della roentgenterapia.

Perchè in realtà, e non per la sola mia esperienza, le statistiche *si equivalgono* quando andiamo a confrontare le cifre sia rispetto alla guarigione, o al miglioramento, sia rispetto alla persistenza della guarigione e alla capacità lavorativa, sia rispetto alle recidive, sia rispetto agli insuccessi.

Le statistiche da noi più importanti — per tralasciare le minori e per citare le più recenti — sono quelle del Gavazzeni (65 casi, 1921) e del Bertolotti (51 casi; dal 1916 al 1923); e le più importanti all'estero sono quelle di Lars-Edling (30 casi, 1923); di Fischer (490 casi, 1923); di Holmes e Merril (116 casi, 1924); di Sielmann (328 casi, 1923).

Considerando in blocco questi 1080 casi le guarigioni oscillano dal 38 % (Gavazzeni), al 35 % (Bertolotti); al 30 % (Lars-Edling); al 30 % circa (Holmes e Merril); al 50 % (Sielmann). E se nelle statistiche di Gavazzeni e Bertolotti si tiene conto delle sole forme genuine le cifre raggiungono quelle di Sielmann (50 % Gavazzeni, 47 % circa Bertolotti).

Per quel che riguarda i miglioramenti questi oscillano dal 38 % (Gavazzeni); al 45 % (Bertolotti); al 43 % (Lars-Edling); al 58 % (Holmes); al 44 % (Sielmann). Gli insuccessi si aggirano sul 16 % (Gavazzeni, compresi i risultati scarsi); sul 20 % (Bertolotti; Lars-Edling); sul 5 % (Sielmann).

Le recidive appaiono rare (Gavazzeni, dopo 1-2 anni); oscillano sul 7 % secondo Lars-Edling.

Bisogna tuttavia intendersi sulla parola guarigione che se figura nelle statistiche di Gavazzeni, Bertolotti, Sielmann, non figura che sotto la parola « molto migliorati » nelle statistiche di Lars-Edling e Holmes e Merril.

In realtà se dovessimo tenere conto della scomparsa *di tutti i sintomi* non si può negare che un certo grado di esoftalmo e i concomitanti sintomi di Gräfe, Moebius e Stelwag spesso persistono sia pure attenuati e che specialmente, anche a mia esperienza, la riduzione dello struma è lentissima ed eccezionalmente completa. Ma per confessione dello stesso relatore chirurgo dopo l'intervento la guarigione è relativa e non tutti i sintomi scompaiono, ad es. l'esoftalmo: perchè pretendere dunque dalla radiologia quello che gli altri mezzi non sono capaci di fare? Ma tutto ciò è ben diverso di quando diciamo « miglioramento », perchè noi con questa parola intendiamo una semplice attenuazione della sindrome che può riaggravarsi e che tuttavia può nuovamente migliorare sotto la cura. In sede di discussione alla mia relazione sulla roentgenterapia delle ghiandole a secrezione interna, svolta al recente Congresso di Trieste, il Perussia poteva infatti affermare: « la roentgenterapia del Morbo di Base-

dow è più specialmente una terapia sintomatica che non una terapia che valga a guarire completamente il malato almeno nella grande maggioranza dei casi conclamati. I malati che sembrano guariti sono in realtà degli ipertiroidei almeno allo stato latente: tuttavia non solo dobbiamo curare i basedoviani ma persistere nella cura, giacchè e li possiamo strappare al periodo di deperimento e li possiamo riportare a uno stato di equilibrio, ma possiamo sempre inoltre riprendere la cura in casi di squilibri nuovi ».

Dallo spoglio delle statistiche risulta chiaramente quali sono i casi di morbo di Flajani che più risentono della roentgenterapia. Le forme che certamente si giovano e per cui *è netta l'indicazione* sono le forme genuine e recenti: nei casi acuti Farcy ha ottenuto l'80 % di successi; analoghi risultati si ottengono nelle forme infantili. Anche il radiologo reclama le precocità dell'intervento senza attendere mesi e mesi il risultato di altre cure. I risultati sono spesso mediocri o temporanei nelle forme non genuine, ma tuttavia le guarigioni e i miglioramenti hanno una buona percentuale. Con prudenza e riserbo vanno trattate le forme con sintomi tossici e specialmente con disturbi cardiaci, in quanto va specialmente saggiata la reazione individuale per timore di reazioni non desiderabili per sostanza tiroidea cacciata in circolo sotto la radioterapia. Non vanno trattate le forme con compressione tracheale e le forme di strumi irregolari di antica data.

Tuttavia emerge anche un altro fatto dalle statistiche ed è che se gli insuccessi sono frequenti nelle forme basedowoidi, non mancano anche nelle forme genuine (10 % nelle statistiche di Bertolotti). Se ciò si comprende facilmente nelle forme basedowoidi, data l'interpretazione che si dà di queste forme, resta difficile la spiegazione nelle forme genuine. Nessuna delle tante cause portate a sostegno può accettarsi per sè come assoluta: non la diversità delle condizioni sociali; non la gravità del caso; non la tecnica diversa (le cifre degli insuccessi non migliorano col miglioramento della dose somministrata e col miglioramento della tecnica); non la durata della malattia; non le alterazioni del cuore; non la partecipazione di altre ghiandole endocrine (la radioterapia tiroidea timica o radioterapia combinata su altre ghiandole endocrine non modifica la cifra degli insuccessi). Bergonié e Spèder semplicisticamente parlano di una sensibilità variabile e di capriccioso comportamento del tessuto basedowiano: ma, a mia esperienza, se la durata della malattia e il ritardo con cui il malato viene alle cure possono influire in quanto possono sovrapporsi alterazioni o del simpatico cervicale o di altre ghiandole endocrine, alterazioni cardiache, renali, nervose, ecc., va tenuto invece assai conto di un fatto finora trascurato dai radiologi, quale è quello della etiologia: ai risultati nulli della radioterapia può seguire un miglioramento brillante con la semplice cura antiluetica. In base a tutto questo mi sembra che la roentgenterapia possa trovare il suo posto fra le indicazioni mediche e chirurgiche quando i relatori ammettono che le forme lievi sono di spettanza medica, quando per le forme gravi la cura medica è la preparatoria, quando per le forme di media gravità si può attendere un certo periodo di tempo.

I *sintomi* del Basedow che sotto la radioterapia si modificano e per ordine di tempo e per relativa rapidità sono non i sintomi della triade classica ma i sintomi nervosi (quali l'agitazione, l'insonnia, l'irritabilità, la astenia, la cefalea, ecc.), i sintomi vasomotori e secretori (quali i rossori, il dermografismo, l'iperidrosi, le diarree, ecc.) e i sintomi a carico del ricambio e del sangue: si può assistere perciò al ritorno della formula sanguigna verso la norma, al ritorno delle mestruazioni mentre le condizioni generali rifioriscono e il peso del corpo va progressivamente aumentando.

Dei sintomi cardinali invece del morbo di Basedow è il tremore quello quasi sempre che contemporaneamente ai segni precedenti migliora e si va attenuando e si fa meno molesto; ma anche la tachicardia per quanto in genere più lentamente è fra i sintomi che progressivamente migliorano talvolta dopo qualche settimana. Lo struma e l'esoftalmo sono i segni più ribelli; anzi lo struma più dell'esoftalmo contrariamente a quanto altri ritengono; eccezionalmente il collo ritorna in condizioni normali.

Un certo lasso di *tempo*, che il medico pratico deve conoscere, è necessario per ottenere queste modificazioni sotto la radioterapia: ma ho accennato come già dopo due-tre settimane possano aversi modificazioni anche nella tachicardia (a parte modificazioni transitorie rapide) e nelle condizioni generali e nel peso. Noi pratichiamo in genere 3-4 campi di irradiazione in 3-4 giorni o meglio a giorni alterni con pause di 20 giorni e con 2-6 almeno riprese: v'è chi, almeno all'inizio, diminuisce a una settimana (Gavazzeni) la durata della pausa; v'è chi preferisce far sedute non a giorni alterni ma ebdomadarie e allungare a due-tre mesi la prima pausa (Salzmann); ma nell'un caso e nell'altro i primi segni di miglioramento si possono avvertire dopo la terza-quarta irradiazione. Un trattamento completo oscilla quindi dai due-tre mesi a otto-dieci mesi almeno.

È chiaro che la *regione della sede* della irradiazione è il collo che in genere viene diviso in tre campi, uno mediano e due laterali: a questi tre può aggiungersi (e sommarsi col mediano) anche un campo in corrispondenza del timo. La tecnica combinata tiroidea-timica è stata introdotta dopo la tecnica di Nordentoft e Blume della

irradiazione isolata del timo per analogia con la timectomia praticata dai chirurghi: la statistica dei predetti AA. è ricca di 100 casi con irradiazione massiva del timo; ma l'efficacia della terapia combinata è discussa e dubbia almeno per la maggioranza dei radiologi, salvo forse casi eccezionali che rientrano nelle forme descritte di Basedow timogeno (ipertrofia timica, ghiandolare, splenomegalia, linfocitosi, ecc.).

Ma oggi sono allo studio, dati i rapporti fra le varie ghiandole endocrine, anche altre radioterapie combinate: tiroidea-surrenale; tiroidea-pancreatica; tiroidea-ipofisaria; tiroidea-ovarica. Ma di queste per mia e altrui esperienza vanno prese in considerazione pratica finora la terapia combinata pancreatica e ovarica e specialmente l'ovarica e le belle ricerche di Balli e Fornero han dimostrato i rapporti tra tiroide e ovaio e le modificazioni del tessuto tiroideo per irradiazione della ghiandola miometrale. La radioterapia non è cura esclusivamente locale, anche quando noi irradiamo la sola tiroide; ma noi possiamo portare modificazioni anche lontane sugli anelli della catena patogenetica del morbo di Basedow.

Secondo la nostra esperienza occorre agire sul pancreas (per cui è netto l'antagonismo funzionale) e sull'ovaio con irradiazioni a tipo di eccitamento (Nemenow) o per lo meno sull'ovaio con dosi maggiori ma tali da determinare una castrazione temporanea e non definitiva.

La tecnica della *radioterapia* sulla tiroide nel Basedow viene infatti qualificata come *moderatrice*. Ma oggi accanto alla radioterapia moderatrice noi radiologi parliamo anche di una terapia di eccitamento a tenue dose non perchè io creda che i raggi abbiano un'azione diversa nel senso di Arndt-Schultz che le piccole dosi siano eccitanti, le medie paralizzanti e le grandi distruggenti; ma nel senso più ampio clinico in quanto sotto le piccole dosi le modificazioni che avvengono nel protoplasma cellulare (e forse in 1° tempo solo di ricambio) sono rapidamente riparabili e per l'equilibrio di processi antagonisti sono i processi anabolici che tendono in primo tempo a prendere il sopravvento. Le piccole dosi somministate sulla tiroide normale e sulla tiroide basedowiana (e specialmente in questa) danno fenomeni che noi dobbiamo interpretare dal punto di vista clinico come fenomeni di ipersecrezione ghiandolare: lo dimostrano le ricerche di Broeseamben e Fogelberg ma specialmente quelle più recenti e complete del Maselli eseguite nella Clinica Medica di Roma, il quale costantemente dopo l'irradiazione otteneva iperglicemia nelle prime due ore, con aumento delle pulsazioni, della pressione sanguigna, con aumento della reazione alla adrenalina, con modificazioni del sangue e con diminuzione della tolleranza per gli idrati. Se l'esame istologico delle tiroidi estirpate dopo 1-2 ore dalla irradiazione non ha mostrato al Maselli alterazioni cellulari nè alterazioni nella disposizione dei granuli fucsinofili e lipoidei, in altro campo recentemente il Guardabassi della Clinica Medica di Perugia poteva dare la dimostrazione, irradiando a piccole dosi il pancreas messo allo scoperto, di una fase di secrezione attiva della ghiandola dopo l'irradiazione in quanto, studiando il comportamento dei granuli di zimogeno, si assiste nelle prime due ore a una espulsione rapida dei granuli stessi di zimogeno che si portano verso il lume canalicolare.

Si comprende a priori come la radioterapia di eccitamento non possa applicarsi al Basedow: essa tuttavia potrebbe essere un mezzo prezioso di indagine in quelle ricerche di sondaggio potenziale degli organi endocrini iniziate dal Landolfi e studiate più ampiamente e recentemente dal Franco.

Per la radioterapia moderatrice vanno escluse non solo a nostro parere, ma a parere dei maggiori radiologi italiani, tutte quelle tecniche, sostenute specialmente in Germania, delle dosi piene, massive (Volldosis), nonchè le così dette Thyreoidaldosis e le Basedow-dosis di Seitz e Wintz (50 % Hed). Le dosi piene e massive possono portare a conseguenze non indifferenti e in coloro che presentano specialmente fenomeni cardiaci possono dare fenomeni gravi per quantità enorme di sostanza tiroidea (prodotti di disfacimento cellulare in rapporto alla teoria dell'autolisi del Pende?) cacciata in circolo come anche recentemente ha potuto osservare Franco in un caso di Basedow nel quale tutti i fenomeni si riacutizzavano ad ogni nuova irradiazione.

Le Basedow-dosis pretendono di racchiudere in una formula matematica fissa la varietà della sindrome: preferire invece filtrazioni medie (3-5 mm.); scintilla equivalente 28-35; 3-4-6 H per campo saggiando la reazione individuale.

Le modificazioni che si verificano nella tiroide basedowiana dopo la radioterapia (o dopo la radium-terapia che è metodo piuttosto recente e praticato sia per via cutanea sia specialmente in America per infissione di aghi) sono state studiate in quei casi in cui in secondo tempo si è proceduto alla tiroidectomia. Il parenchima tiroideo è in realtà molto meno sensibile che il tessuto timico o il tessuto ovarico e le ricerche praticate da Krause e Ziegler, Pfeiffer e Rave hanno dimostrato modificazioni scarse del parenchima anche dopo irradiazioni intensive. Ma queste ricerche non sono molto recenti e quelle del Pfeiffer risalgono al 1906: quelle praticate in questi ultimi tempi dimostrano sotto la radioterapia proliferazione del tessuto connettivo che strozza gli isolotti cellulari e diminuzione netta del parenchima. Baumeister e Glocker partendo da quelle ricerche sulla liberazione di iodio da soluzioni iodoformiche-cloroformiche pensavano (anche a spiegare lo stesso meccanismo invero relativo di azione delle piccole e delle grandi dosi) che il mec-

canismo di azione dei raggi più che sulla trasformazione e scomparsa del tessuto tiroideo, potesse consistere nella scomposizione della complessa ma labile molecola della iodotiroglobulina con trasformazione dello iodio liberato in prodotti non tossici: la reazione dello iodio nelle urine è tuttavia negativa dopo l'irradiazione.

Un criterio ottimo circa *l'andamento della cura* è il seguire le modificazioni del metabolismo basale; non privo di interesse è seguire le modificazioni del sangue e secondo Tarnauceanu di *importanza prognostica* potrebbe essere lo studio delle modificazioni della reazione di Goetsch sotto la radioterapia.

Le modificazioni del sangue possono essere in realtà un buon criterio circa l'andamento della cura: la linfo- e la monocitosi si modificano parallelamente al miglioramento dei sintomi stessi e l'assenza o la scarsità delle modificazioni qualitative specie dei mononucleati (nel senso di un ritorno verso la norma) possono essere un buon indice della resistenza o meno della forma alla radioterapia. Le modificazioni invece della reazione di Goetsch sotto la cura non credo possano essere prese come base per l'andamento della cura stessa: il valore della reazione di G. è del resto discusso e sembra di minor valore della iperglicemia all'adrenalina e delle variazioni del metabolismo basale. Secondo Tarnauceanu se la reazione di G. è positiva la cura andrebbe continuata fino alla scomparsa della reazione stessa, ripetendo l'iniezione dopo due mesi; se in questo caso è positiva essa prelude alla recidiva. Oltrechè prevenire la recidiva la prova di Goetsch costituirebbe una prova biologica su cui il radiologo potrebbe basarsi non solo per la cura ma anche per scegliere i casi: quelli infatti con reazione inizialmente negativa non sarebbero suscettibili di miglioramento.

Il criterio delle variazioni del metabolismo basale appare invece senz'altro accettabile: le variazioni del metabolismo basale appaiono come una delle modificazioni più importanti sotto la radioterapia e possono rappresentare un buon criterio sulla ripresa o non dei cicli di irradiazione specie nei casi in cui l'esoftalmo e lo struma siano poco modificati.

Col miglioramento clinico van di pari passo le modificazioni del metabolismo basale e sono specialmente AA. americani (Means-Aub-Holmes, ecc.) e più recentemente francesi (Sezary-Beaulieu-Delherm, ecc.) che hanno dimostrata l'importanza di queste variazioni sotto la radioterapia.

A me sembra dunque che la conoscenza delle modificazioni che possono ottenersi mediante la roentgenterapia nel morbo di Basedow possa portare a una maggiore diffusione del metodo, il quale va senz'altro esperimentato dove esiste una indicazione netta alla cura: la roentgenterapia ha il diritto dunque di entrare come metodo di cura nel campo della medicina interna e fra i sussidi terapeutici del morbo di Flajani-Basedow.

Comunicazioni.

R. ALESSANDRI (Roma). — *Alcune osservazioni cliniche sul morbo di Flajani-Basedow.* La frequenza del morbo di Flajani-Basedow è da noi molto minore che in altre nazioni, specialmente nelle anglo-sassoni e sopratutto in America, dove pare sia molto frequente se Cribe può riportare migliaia di casi operati e se Ch. Mayo in una conferenza che tenne nel maggio scorso nella nostra Accademia Medica ha potuto accennare a molte centinaia di operazioni praticate nell'ospedale di Rochester.

Comunque anche da noi i casi non sono rari; i malati però non si assoggettano facilmente ad atti operativi e i medici non li consigliano facilmente o ritengono, come del resto è avvenuto e avviene anche per altre malattie, l'operazione come ultima ratio nei casi più gravi.

Questo può spiegare la relativa scarsezza di statistiche e i risultati certo non ottimi. Raccogliendo i casi di cui ho potuto avere notizie precise io ne ho 32, di cui 29 operati con 7 morti; non ho tenuto conto degli operati sul simpatico cervicale, in cui dico subito i risultati furono nulli. La mortalità è alta; si tratta però di una statistica globale, comprendente cioè tutti i casi anche i primi operati, quando adoperavo ancora l'anestesia generale (9) e la scelta dei malati non era fatta molto rigorosamente.

La causa della morte fu quasi sempre l'accentuarsi, spesso spiccatissimo dei sintomi di intossicazione, specialmente l'agitazione e la frequenza del polso. È nota anche l'importanza che pur deve assegnarsi al timo nello spiegare alcune cause di morte; in uno dei miei recenti operati si trovò un timo assai grosso di 59 gr. di peso.

A due questioni che credo importanti mi piace ora accennare: alle varie forme cliniche della malattia e all'uso dello jodio.

Specialmente gli americani fanno una distinzione netta fra l'adenoma tossico, in cui si tratterebbe di iperfunzione, non di vero Basedow, e in cui il contenuto jodico della tiroide è normale o anche aumentato; e il vero gozzo esoftalmico, in cui invece vi sarebbe deficienza di jodio e in cui il metabolismo basale è in genere aumentato, spesso di molto.

Per questi casi Plummer ed altri (Wilson, A. Kocher, ecc.), parlano di disfunzione.

Esiste veramente questa distinzione ed è clinicamente diagnosticabile? Il parlare di sindrome di semplice ipertiroidismo nel primo caso sembrerebbe contrario alle conoscenze di fisiologia delle secrezioni interne, per le quali vale la legge del tutto o niente; cioè al di sotto di una data quantità di sostanze vi è mancanza di azione tro-

fica o ormonica, mentre raggiunto quel limite l'azione si esplica intera, nè aumentando la quantità l'azione aumenta. E quindi si dovrebbe trattare sempre di un'alterata secrezione di un distiroidismo, o il che equivale, di un'alterata progressione colle altre secrezioni, specialmente timo, paratiroidi, glandole genitali, ecc.

Ma la questione praticamente più importante è quella dello jodio. Somministrando iodio gli americani dicono che possiamo distinguere le due forme; nell'adenoma tossico questo aggraverebbe i sintomi, nel vero gozzo esoftalmico li migliora, anzi spesso può guarirli o almeno essere di grande valore per portare i malati ad una condizione, che possa far loro sopportare l'intervento chirurgico, tanto che i Mayo hanno così potuto abbassare sensibilmente la percentuale di mortalità operatoria.

Questa esperienza clinica, che contrasta completamente con quanto fino a poco tempo fa si riteneva generalmente sull'azione nociva dello jodio nel gozzo esoftalmico, mi ricorda una mia osservazione antica. Io ho pubblicato molti anni fa (1900) un caso di guarigione con iniezioni iodiche parenchimatose nella tiroide, caso certo di Basedow, e in cui certa pure fu l'azione curativa dello jodio, perchè avutasi la cessazione dei sintomi e cessate le iniezioni, si riebbero disturbi, che cedettero completamente e definitivamente ad un'altra serie di iniezioni. Allora io pensai, dato il fatto dell'idea comune che la terapia jodica fosse dannosa, che si trattasse di semplice azione distruggente o sclerosante sul tessuto tiroideo, ma ora al lume delle cognizioni odierne, la spiegazione può essere diversa.

I risultati lontani sono assai importanti, perchè, nei casi operati, la guarigione è spesso completa e si mantiene; fra i miei operati di dodici e più anni ne ho ritrovato un fattorino del tram, che poteva compiere il suo lavoro con perfetta calma e tranquillità, e un altro è segretario particolare di un personaggio pubblico, in funzioni cioè, in cui l'equilibrio del sistema nervoso è necessità assoluta quotidiana in un lavoro assillante e tumultuoso.

In conclusione, associandomi a quanto hanno affermato i relatori tanto per la medicina quanto per la chirurgia, ritengo che possa dall'esperienza comune in questo campo trarsi la convinzione che il gozzo esoftalmico è una malattia curabile chirurgicamente, che l'operazione coll'anestesia locale, colla limitazione e colla graduazione a seconda dei casi dell'intervento chirurgico, colla preparazione opportuna dei malati e soprattutto col non attendere l'aggravarsi dei sintomi, dà risultati immediati buoni e lontani generalmente formali e permanenti.

Occorre dunque, esperite inutilmente le cure mediche indicate secondo i vari casi, non tardare a consigliare con fiducia il malato ad affidarsi al chirurgo.

LUCATELLO (Padova). — *Di un segno diagnostico poco noto.* Poichè molti soggetti affetti da basedowismo oggi saranno i flajanopatici di domani ed è d'interesse sommo scoprire sin dalle fasi iniziali i candidati del morbo Flajani-Basedow è opportuno saper valutare esattamente la sintomatologia che accompagna l'ipertiroidismo per le alte finalità della diagnosi differenziale.

È fatto risaputo che nel morbo in parola si osservano frequentemente rialzi termici detti erroneamente subfebbrili o febbrili, i quali sono talora interpretati come esponenti di una tubercolosi latente, ma non è ancora abbastanza noto che spesso quei rialzi termici — rilevati al cavo ascellare — corrispondono ad abbassamenti della temperatura di parti interne dell'organismo, per esempio del cavo orale, vaginale, rettale.

Ho richiamato l'attenzione dei Colleghi su questo particolare termometrico differenziale or sono parecchi anni, e il Pende ha registrato la mia annotazione nel suo trattato di endocrinologia, ma non so se la ricerca sia fatta largamente nella pratica medica.

Per la patogenesi del sintoma ho già creduto di poter sospettare uno stato di iperadrenalinemia per la compartecipazione del surrene all'ipertiroidismo, e che sia così siamo indotti anche dagli effetti della prova di Goetsch cioè dall'innalzamento della temperatura che si ha ordinariamente, in seguito alla iniezione di un milligramma di adrenalina, insieme all'accresciuta tachicardia, allo stato di angoscia, al tremore, ecc. Iperadrenalinemia, che dà ischemia interna (la « *lingua fresca* ») ed ectasia per contro dei capillari alla periferia del corpo (rialzo termico all'ascella).

SEZIONE I.

Discussione delle Relazioni.

MARAGLIANO V. (Genova). — Si associa al punto di vista del relatore Milani nella radioterapia del Basedow. Aggiunge che all'Estero dove la radioterapia dei basedowiani è molto usata le opinioni dei chirurgi si sono modificate riguardo alla radioterapia che viene largamente consigliata come mezzo da tentare prima dell'intervento chirurgico.

FRANCO P. M. (Napoli). — A proposito della radioterapia, dice che è necessaria l'indagine clinica generale e principalmente lo studio della costituzione del soggetto prima della irradiazione. Gli studii di Castellino, di Balli e Fornero e di M. Spinelli sulle correlazioni dell'apparato genitalico con le altre glandole endocrine hanno aperto la via alla irradiazione combinata tireogenitalica. Talvolta, nel corso di questa terapia, la sindrome di Flajani-Basedow può essere esacerbata. Moderando le dosi e distanziando le applicazioni, il malato può avere un grande beneficio dalla cura e può anche guarire.

D. MASELLI (Roma). — L'illustre Relatore Prof. Ferrata ha giustamente posto in rilievo lo scarso

valore che hanno le prove di laboratorio non già agli effetti diagnostici del Morbo di Basedow, ma bensì se isolatamente considerate per giudicare degli effetti di una qualsiasi terapia, ed ha insistito sulla necessità della complessiva considerazione dei singoli malati per stabilire se un metodo curativo ha oppur no effetto. Noi condividiamo pienamente questa opinione e poichè i Proff. Milani e Fiori hanno già espresso il nostro pensiero in proposito al valore della prova di Goetsch nella diagnosi, nelle indicazioni terapeutiche e come guida nelle varie cure del Basedow, noi non vi insisteremo più. Invece insistiamo con il prof. Ferrata sugli effetti benefici, ma non solo come preparatori all'intervento chirurgico, delle norme dietetiche ed igieniche e sopratutto sulla utilità del riposo a letto; spesso con questi mezzi si ottengono miglioramenti considerevoli e non di rado durevoli.

Noi vogliamo sopratutto insistere nel calcare invece un po' più la mano a sfavore della terapia iodica nel Basedow che, anche con dosi piccole secondo le proposte recenti, gode tutt'altro che l'unanime consenso; e ciò sia che venga considerata come utile preparazione dell'ammalato all'intervento chirurgico, sia come efficace ausilio nei successi parziali conseguiti con le cure chirurgiche, sia come cura medica esclusiva propria del Basedow (Neisser, Head, Fraser, ecc.). Dalla secolare esperienza è stato dimostrato un fatto di cui bisogna tener conto e cioè la particolare ipersensibilità dei basedowiani all'iodio anche quando esso era stato assorbito in dosi minime. La nostra esperienza non ci ha convinto dell'utilità del medicamento somministrato naturalmente sempre in dosi piccolissime in quei malati che hanno fatto ambulatoriamente questa cura soltanto. In qualche caso dopo pochi giorni di somministrazione noi abbiamo visto i sintomi aggravarsi invece che migliorare. Nei malati ricoverati in Clinica il risultato è stato migliore e si è assistito nelle prime due settimane ad un miglioramento consistente nella remissione della eccitabilità psichica, nella diminuzione della frequenza del polso, nell'aumento del peso, ecc. Ma non è possibile allora escludere l'influenza benefica di altri fattori. Siamo tutt'altro che convinti dei benefíci della somministrazione di iodio nel Basedow e tanto meno che « tutte le manifestazioni morbose della sindrome regrediscano », come si esprime l'illustre Relatore. Ricordiamo ancora come non da tutti è condiviso il parere che siano proprio esclusivamente da attribuirsi alla terapia iodica preoperatoria i felici e migliorati successi della terapia chirurgica. Noi richiamiamo espressamente l'attenzione sul fatto che l'uso dell'iodio va circondato in ogni caso da molta sorveglianza, anche se le dosi son piccole; e ricordiamo che fino ad oggi, nell'assenza di qualsiasi indicazione precisa che dia affidamento di sicura innocuità, l'uso della terapia iodica nel Basedow, con qualsiasi scopo usata, costituisce sempre un tentativo non del tutto scevro di pericoli e di utilità, per noi, molto discutibile.

Seduta pomeridiana
ore 15.
Presidenza: MARAGLIANO-ALESSANDRI.

PENDE N. (Genova). — L'O. inizia la discussione sulla terapia del morbo di Flajani-Basedow affermando che non si può circoscrivere nella tiroide tutta la malattia, non si può identificare l'alterazione basedowica tiroidea e la malattia basedowiana. Può esistere tale alterazione e mancare il morbo di Basedow, così il relatore prof. Fiori ha ricordato di aver visto in Svizzera alterazioni di tiroidi infantili identiche a quelle basedowiche, senza che in vita esistesse la malattia di Basedow.

Esiste un altro anello patogenetico della catena, anello indissolubile da quello tiroideo, l'alterazione primigenica e contemporanea a quella tiroidea localizzata nel sistema nervoso vegetativo. Senza simpatosi consensuale con la tireosi non v'è malattia di Basedow. Se manca l'avidità esagerata del sistema neurovegetativo per gli ormoni tiroidei circolanti in eccesso, non vi può essere sintomatologia veramente basedowiana. Ed allora può la cura chirurgica curare tutti e due i fattori patogenetici indispensabili? Non può; a nulla valgono le resezioni del simpatico cervicale. Basta la cura chirurgica distruttiva della tiroide? E quanto deve essere estesa? E non rimane abbastanza tessuto tiroideo basedovico capace di mantenere la sindrome? Il Pende su 167 casi curati finora non ha mai sentito il bisogno di ricorrere alla cura chirurgica. Solo occorre adoperare con fiducia e tecnica medica perfetta tutte le terapie (radioterapia, galvanoterapia, dietoterapia, psicoterapia, climatoterapia). Il problema della terapia medica del Basedow è ancora un problema di abilità tecnica del medico.

ARENA F. (Napoli). — Ricorda come la prova dell'iperglicemia provocata e la determinazione del metabolismo basale possono rappresentare ottimo ausilio nella diagnosi precoce del m. di Basedow in quei casi nei quali la sindrome clinica non è conclamata, perchè la reazione dell'iperglicemia provocata è forte e costante anche nei basedowiani non conclamati, come il metabolismo basale è sempre aumentato in modo notevole e particolare.

CASTELLINO P. (Napoli). — Anzitutto rileva il diritto di precedenza ad Eppinger circa il concetto della vagotonia e alla simpaticotonia, emesso dall'O. fin dal 1906. Afferma essere l'Eppinger in errore poichè il vago e il simpatico non hanno tono. Egli ha parlato di vagoestesia e simpaticoestesia. Ricorda i caratteri morfologici del *tipo tiroideo* (longilineo, microsplancnico, aplasia aortica) per cui il tipo si profila scarso di forze e fervido di impulsi.

Quindi l'O. si sofferma ad esporre i rapporti intercedenti fra le varie parti del sistema endocrino e le loro connessioni con lo sviluppo morfologico. Si dichiara contrario all'uso dello jodio nel m. di Basedow. Non ritiene che il timo possa essere preso in causa nella determinazione della sindrome morbosa. Circa la terapia chirurgica è fautore della tiroidectomia parziale, pure notando che nelle forme leggere riesce di vantaggio l'applicazione di raggi X.

GIORDANO (Venezia). — Sostiene che dalla cura chirurgica i basedowiani ottengono notevoli miglioramenti. Asportando la tiroide, egli dice, rompiamo un arco morboso per modo che i malati sopravvivono bene o con vita meglio tollerabile a quello stesso modo come guariscono gli operati per ulcera pilorica o duodenale, per ulceri perforanti, ecc.

PIERGROSSI (Napoli). — Osserva al prof. Fiori non essere esatta l'affermazione fatta sulla probabilità dell'insorgenza di un edema della glottide allorchè si irradii la tiroide. Egli riconosce una disfunzione tiroidea semplice quasi sempre legata a correlazioni ormoniche con lo sviluppo utero-ovarico e testicolare e una disfunzione tiroidea accompagnata a Basedow più o meno completo.

Per la prima forma, egli chiede ai chirurghi che sia data ai radiologi, perchè con la radioterapia essa cede completamente; in quanto alla seconda, ritiene, che prima di operare, sia esperimentata per due o tre mesi la X terapia, e nel caso d'insuccesso, senz'altro s'intervenga.

MASSA (Torino). — Riferisce i risultati ottenuti su 67 casi di morbo di Basedow operati dal prof. Carle nello spazio di 25 anni e conclude col dichiararsi fautore della terapia chirurgica specialmente quando le cure mediche prolungate sono state inefficaci.

D'ORMEA (Siena). — Rilevando la parte importantissima che nella patogenesi dei disturbi tiroidei ha il sistema nervoso non solo della vita vegetativa, ma anche psichica, chiede al Relatore se per esperienza propria o di altri gli consti sia stata tentata e con quali risultati una cura opoterapica cerebrale o nervosa e se esso ritenga consigliabile l'esperimento.

Risposte dei relatori.

FERRATA. — In realtà si può dire che non esiste disaccordo fra i vari relatori perchè essi non hanno antitesi fra loro sostenendo ciascuno il loro punto di vista per cui l'accordo può essere completo.

Non può essere presa come punto di vista la posizione sociale perchè allora si dovrebbe operare solamente i poveri.

Circa la cura medica, se l'effetto è scarso, tuttavia bisogna chiarire cosa s'intende per guarigione clinica giacchè io non ho detto che il malato debba essere affidato al Chirurgo. Come in un cardiaco ci preoccupiamo che dallo scompenso ritorni il compenso, così nel Basedow occorre avere di mira di togliere l'eccesso della sua funzione e solo nei casi in cui la forma tende alla recidiva, esso deve essere affidato al chirurgo. Dobbiamo tener presente però che il morbo di Basedow può essere distinto in tre tipi:

1) *forme di modesta gravità*, che possono ottenere beneficio dalla terapia medica;

2) *forme gravi* in cui la terapia medica può essere buona preparatrice;

3) *forme di media gravità* in cui la terapia medica può essere per un certo tempo espletata senza però attendere che si verifichino alterazioni del sistema cardio-renale, che potrebbero formare controindicazione all'intervento operatorio.

Circa la terapia testicolare mi associo con le idee del Castellino pur ritenendo che non in tutti i casi la terapia testicolare sia di giovamento. Al Maselli rispondo rimandandolo alla mia relazione in cui affermo che le piccole dosi di Lugol sono semplicemente regolatrici.

Mi dispiace di non essere stato presente all'inizio delle parole del prof. Pende, ma quando egli dice che non ha avuto mai bisogno di ricorrere al chirurgo, bisogna scegliere caso per caso.

Per la radioterapia io non ho voluto trascurare tale mezzo, solo ho osservato che non esiste consenso unanime circa gli effetti, tanto più che radiologi illustri affermano che solamente nelle forme iniziali si ha qualche vantaggio, poco nelle altre forme.

FIORI. — Tende a chiarire di essere stato frainteso perchè non ha detto di aver trovato aderenze nei casi da lui operati. Quanto alla questione dell'edema della glottide risponde al Piergrossi che lo ha affermato dietro osservazioni riferitegli da radiologi (Siciliano). Anche nel concetto di guarigione egli non ritiene che esiste una guarigione assoluta.

È dispiacente di essere ritenuto meno chirurgo dei chirurghi. Egli opera i Basedow ma ritiene che le indicazioni debbano essere nette.

MILANI. — Ha voluto stabilire che la radiologia ha trovato il suo posto tra la cura medica e la chirurgica, e buonissimo posto può trovare nelle 3 forme contemplate dal Ferrata. Anche nei casi di media gravità fissato il tempo con cui può essere ottenuto il miglioramento non esistono controindicazioni per procedere all'intervento.

D'altra parte se la guarigione assoluta non può essere ottenuta in senso vero nè dalla chirurgia nè dalla medicina, non può pretendersi completa dalla X terapia, nel senso che permanga esoftalmo e struma.

La radioterapia inoltre non è cura locale, ma essa può portare modificazioni anche su organi lontani agendo sui fattori che secondo il Pende entrano nella patogenesi del Basedow. La terapia genitale nel Basedow è quella che ha dato migliori risultati, mentre scarsi li ha dati la tera-

pia combinata timica e tiroidea e ciò conformemente alle idee di Castellino e di Fiori.

Nessun pericolo dà la terapia in sè. L'edema della glottide si evita non ricorrendo alle tecniche massive, gli aggravamenti notati più volte dal Franco non debbono preoccupare perchè è necessario saggiare la reazione individuale mentre sono interessanti dal punto di vista generale perchè rientrano in quelle ricerche del sondaggio potenziale degli organi endocrini del Franco, in quanto in un Basedow latente possono aversi manifestazioni classiche sotto l'applicazione dei raggi X.

SEZIONE II.

Comunicazioni sulle secrezioni interne.

Presidenza: D'AMATO.

FRUGONI (Firenze). — *Tetania cronica degli adulti trattata con innesto di paratiroidi alla Voronoff.* — Riferisce un caso di tetania cronica degli adulti gravissima, durata da 5 anni, ribelle ad ogni cura, nella quale fu eseguito un trapianto di paratiroidi umane prese nel corso di un'operazione di gozzo. Il malato ebbe resurrezione immediata come da morte a vita in quanto non si presentarono più attacchi di tetania e sparirono tutti i fenomeni propri della tetania palese e latente (eccetto lo Chwostek). La tecnica fu quella del Woronoff indicata per il trapianto del testicolo.

FRAGOMELE (Napoli). — *Influenza ormonica di alcune ghiandole endocrine sulla secrezione cloridrica, determinata con analisi frazionate di succo gastrico di cane operato alla Pawlow.* — Da alcune sue esperienze riguardanti l'azione fisiologica di alcuni ormoni (adrenalina, tiroidina, pituiglandolo) sulla secrezione gastrica, l'O. ha potuto rilevare una inibizione marcata della secrezione gastrica in toto e di quella dell'HCL in particolare.

Conclude dicendo che i risultati delle sue osservazioni potrebbero spiegare la patogenesi di alcune dispepsie gastriche che si accompagnano ad alcune affezioni di certe ghiandole endocrine (surrene, tiroide, ipofisi) sollecitate ad iperattività funzionale ormonica.

STANGANELLI (Napoli). — *L'idrope-ascite ipogenitalica.* — Illustra una serie di casi clinici caratterizzati da versamento nel peritoneo e nelle altre sierose, da ipoplasia della sfera genitale, da sensibile aumento in lunghezza dell'organismo, senza febbre nè altri sintomi che facciano pensare a forma tubercolare, con uno stato generale florido, con un abito opposto a quello tubercolare, cioè con abito pastoso, brevilineo, gli arti corti e tozzi, l'addome grosso, il collo corto, vera espressione della costituzione linfatica con tutti i suoi attributi.

TARSITANO (Napoli). — *Il metabolismo basale nelle malattie endocrine.* — Afferma che fatta eccezione per la tiroide, il M. B. per gli altri organi non può essere utilizzato a stabilire la diagnosi. Se questa è accertatà clinicamente, con le prove farmacodinamiche, allora il M. B. può giovare a far conoscere il modo di reazione del ricambio individuale alla alterata funzione secretoria, a far seguire l'evoluzione della sindrome, a stabilire le indicazioni di terapia, a controllarne i vantaggi, ecc.

GALLUPPI (Bari). — *Contributo allo studio dell'ipoevolutismo.* — Illustra due casi di ipoevolutismo, importanti sopratutto dal punto di vista della loro associazione morbosa e del loro determinismo, trattandosi il 1° caso della coesistenza di una calcolosi renale, con conseguente atrofia renale ed ipertensione, associata a ipoevolitismo genitale, mentre l'altro caso riguarda una bambina con notevole ritardo evolutivo affetta da encefalite epidemica.

FURNO (Reggio Emilia). — Riferisce i risultati ottenuti con le stomosine Centanni su circa 500 casi di malattie infettive.

LICCIARDI (Catania). — *Due casi di morbo di Flaiani Basedow curati con l'opoterapia.*

BISBINI (Modena). — *Determinazioni del calcio, del sodio e del potassio nel sangue dei cardioepatici compensati e scompensati e in alcuni stati morbosi.* — Dalle ricerche eseguite l'O. non è riuscito a trovare la dimostrazione dell'equilibrio calcio-potassio, come vorrebbero altri AA. mentre invece ha trovato netto antagonismo o comunque rapporti diretti o inversi fra sodio e potassio.

CESANA (Milano). — *Eritrodermia desquamativa arsenobenzolica.* — Espone due casi di eritrodermia desquamativa consecutiva ad iniezioni arsenobenzoliche soffermandosi sopratutto sulla patogenesi di tale affezione e sul metodo di terapia adottato.

COVA (Milano). — *Le stomosine antireumatiche Centanni nella cura del reumatismo articolare acuto.*

GHISLANZONI (Milano). — Riferisce un interessantissimo caso di Zoster del padiglione auricolare con paralisi del facciale e sindrome di Ramsay Hunt, notevolmente migliorato con l'elettroterapia.

ANTONELLI (Roma). — *La velocità di sedimentazione dei globuli rossi in alcuni stati morbosi, con speciale riguardo alle cardiopatie.* — L'O. ha trovato aumentata la velocità di sedimentazione nelle malattie acute dell'apparato respiratorio. Nelle cardiopatie valvolari di origine endocarditica, i valori della V. S. si sono dimostrati più alti, quando il processo endocarditico non è del tutto spento; rispetto al decorso dell'affezione morbosa la V. S. si rallenta in rapporto alle migliorate condizioni generali, al reperto cardiaco ed all'aumento della pressione sistolica e differenziale. Frequente ma non costante è il rapporto fra l'aterosclerosi ed un più o meno forte aumento della V. S. Per quanto riguarda il rapporto fra V. S. e pressione arteriosa, in alcuni casi la sua diminuzione coincide con l'abbassamento della pressione sistolica e differenziale; ciò non meraviglia se si considera che nelle cardiopatie arteriose l'aumento della pressione sistolica può ritenersi spesso quale indice di maggiore sofferenza pel ven-

tricolo sinistro e per conseguenza un elemento di gravità prognostica.

CASTAGNA (Roma). — *Un caso interessante di cirrosi del fegato accompagnato da psicosi e da una polinevrite seguito da guarigione.*

CASTAGNA. — *Il mio metodo di cura nella corea del Sjdenham.* L'O. illustra due casi di corea del Sjdenham guariti con le iniezioni endovenose di cloruro di calcio al 40 % descrivendo la tecnica speciale che egli adopera e conclude confermando la razionalità del suo metodo.

Seduta antimeridiana.
Ore 9 — 29 ottobre.
Presidenza: ASCOLI.

Comunicazioni varie.

ANTONELLI (Roma). — *Il 4° caso, nella letteratura, della così detta « epatite interstiziale flaccida ».* L'O. descrive una singolare forma di atrofia subacuta ascitogena del fegato con parziale sclerosi a tipo insulare, che non è da confondersi con i casi già numerosi, nella letteratura, di atrofia subacuta del fegato con sviluppo di ascite, in cui culmina il sintoma ittero. Tale forma presenta analogie anatomiche e cliniche con sole 3 osservazioni descritte da autori italiani fra il 1880 e il 1883, sotto il nome di « epatite interstiziale flaccida ». Data la sua rarità, essa sarà riportata, specialmente nei suoi dettagli istopatologici, in apposita pubblicazione.

ARNONE (Palermo). — *L'appendice in soggetti normali.* — L'O. su circa 10,000 radiografie del tubo digerente, eseguite con tecniche differenti, conclude che l'appendice negli individui sani è invisibile radiologicamente. In casi patologici può essere ugualmente invisibile o perchè l'appendice è impervia primitivamente o perchè l'appendice già pervia è stata distrutta o chiusa da un processo infiammatorio o da un ingombro di materie fecali.

L'appendice visibile radiologicamente si allontana dal tipo normale passando per gradi verso il tipo patologico.

ARNONE. — *Sulla ptosi viscerale.* — L'O. ammette che la sindrome clinica da ptosi viscerale non è solo caratterizzata dalla caduta del viscere, ma da una sindrome complessa caratterizzata da disturbi di canalizzazione: renali, intestinali, circolatori, secretori, ecc.

RONCHETTI (Milano). — *Il chenopodio come antielmintico.*

CARRERAS (Pisa). — *Il significato clinico della glicuronuria.* — L'O. ritiene che lo studio della glicuronuria in cond. patol. presenti il più grande interesse dal punto di vista biologico, confermando le vedute del Roger sui rapporti tra la glicogenesi e la funzione antitossica del fegato, ma che la sua importanza pratica ai fini della diagnostica funzionale del fegato non sia superiore a quella degli altri mezzi d'indagine fin qui proposti per la esplorazione della funzione epatica.

LUISADA (Firenze). — *Un nuovo tonometro capillare.* — L'O. ha costruito un nuovo apparecchio che offre molti vantaggi ed è utile sopratutto per l'indagine clinica corrente al letto del malato.

LUISADA (Firenze). — *La pressione capillare nell'uomo.* — Con il nuovo tonometro l'O. ha studiato la pressione capillare nei soggetti normali ed ha potuto vedere come essa sale costantemente dall'infanzia alla senilità, si abbassa nella ischemia da freddo, si innalza poco nella iperemia arteriosa, molto nella iperemia venosa.

MARINO S. (Roma). — *Influenza della milza sul ricambio azotato.* — I risultati ottenuti nei cani smilzati in confronto a quelli sani si possono riassumere in un aumento più o meno cospicuo dell'azoto totale e dell'urea dell'urina con diminuzione dell'azoto ammoniacale ed aminico; in un aumento dell'azoto delle feci con diminuzione del quoziente di utilizzazione intestinale. In genere questi risultati restano quasi invariati fino a circa due mesi dopo la splenectomia diminuendo in seguito senza però raggiungere mai i valori normali.

In base ai dati raccolti si attribuisce alla milza un'azione regolatrice nei processi ossidativi, che influiscono sul ricambio tra i diversi elementi azotati eliminati con le urine ed inoltre un'influenza attiva nell'utilizzazione intestinale delle sostanze azotate.

ID. — *Influenza della milza sul ricambio degli idrati di carbonio.* — Nei cani l'asportazione della milza può determinare aumento del tasso glicemico.

Negli animali smilzati la somministrazione per os delle varie specie di zucchero: glucosio, levulosio, lattosio, saccarosio provoca una iperglicemia alimentare più marcata di quella che si verifica negli stessi animali prima della splenectomia.

Il glucosio dà i risultati più costanti e più evidenti; il levulosio invece o non dà alcun aumento del tasso glicemico o ne dà appena rilevabile.

Si deduce che anche la milza sull'organismo interviene a mantenere l'equilibrio glicemico.

RICCIOLI. — *Modificazioni istologiche delle pareti arteriose nella sclerosi del polmone.*

PIAZZA (Palermo). — *Sulla aglicemia.* — L'O. insiste come dalle sue ricerche e di altri autori l'aglicemia ottenuta in condizioni speciali è compatibile con la vita e non dà luogo ad alcun disturbo almeno apparente.

DI PACE (S. Marco in Lamis). — *Sull'avvelenamento da amanita pantherina.* — Ne riferisce 18 casi con sintomatologia che si scosta da quella di funghi muscarinici.

ID. — *Urobilinuria nella malaria latente e nella cronica.* — In base alle sue indagini non ritiene che tale sintomo sia in rapporto con la specie e ricchezza ematozoaria, ma con la integrità epatica e con il ricambio emoglobinico.

DI PACE. — Riferisce un caso di cerebellismo malarico nel quale i sintomi scomparvero rapidamente dopo la puntura lombare.

ATZENI. — *L'emogramma di Schilling nella malaria.* — L'O. ha studiato l'emogramma di Schilling nella malaria e può concludere che lo studio dell'esame morfologico del sangue, tenendo conto, oltre che dello spostamento nucleare, anche della monocitosi, della policromatofilia, leucopenia, ecc., costituisce anche in assenza di parassiti, un buon sussidio per la diagnosi di malaria.

MATTEUCCI. — L'O. riferisce su 22 casi trattati con l'attinoterapia come cura-base, riferentesi a tossi-infezioni, forme costituzionali, insufficienze endocrine, diminuito potere trofico del sistema nervoso.

PICCININI (Milano). — *Il controllo clinico sui farmaci ipotensivi in generale e sui « pantoidi » in particolare.*

BURCHI (Modena). — *Saggio della funzionalità ureogenetica della cellula epatica con l'ammoniemia spontanea e provocata.* — Dall'insieme delle indagini praticate l'O. può concludere come lo studio dell'ammoniemia semplice e provocata, abbia un indubbio valore sull'accertamento dell'attività funzionale epatica.

ATTILY (Bari). — *Radioterapia eccitante.* — Riferisce ottimi risultati ottenuti con l'irradiazione a tipo eccitante su alcune affezioni derivanti da disfunzioni endocrine. Specialmente notevoli sono stati quelli nelle amenorroiche, nella sclerodermia, nel diabete; mentre scarsi o negativi sono stati gli effetti nel Basedow, nel m. di Addison, asma bronchiale, mixedema.

FORNARIO (Milano). — Prende la parola per associarsi alle conclusioni del collega Attily, avendo anche egli ottenuti buoni risultati con la radioterapia eccitante nelle forme indicate.

LUCANGELI (Roma). — *Importanza prognostica della diazoreazione nel tifo.* — In base alle sue ricerche l'O. può dedurre che la prontezza e la vivacità della D. sono in linea generale un segno evidente della non grave entità della infezione.

Essa compare nelle forme lievi, fra il 4° e il 5° giorno, nelle gravi fra il 6°-7° e nelle gravissime fra il 6°-10°. Quando, entro il 10° giorno, con sierodiagnosi positiva non è ancora evidente la D., si tratta di forme gravissime, con esito spesso letale.

Sulla natura del corpo che produce la D. le opinioni non sono univoche. L'O. si associa agli AA. che pensano trattarsi di un corpo pirrolico.

CORSONELLO (Napoli). — *Rapporti tra cancro e tubercolosi.* — L'O. specialmente in base alle osservazioni personalmente compiute su vari malati affetti da tumore maligno e da tubercolosi crede di poter distinguere nell'associazione delle due malattie le seguenti possibilità: 1) tubercolosi a distanza; 2) tubercolosi locale (infezione tubercolare della lesione neoplastica); 3) tubercolosi generalizzata da inf. locale; 4) sviluppo di neoplasmi su processi flogistici cronici tubercolari come conseguenza di una semplice associazione delle due forme.

FERRATA (Pavia). — *Sulle nefrosi lipoidee.* — Richiama l'attenzione sulle particolarità semiologiche e cliniche della nefrosi lipoidea di Munk e in base ad osservazioni personali rileva come il reperto di granuli lipoidei nel sedimento urinario non sia sempre esclusivo della nefrosi lipoidea come talora la nefrosi lipoidea decorre clinicamente con andamento cronico e con scomparsa dei granuli lipoidei si che riesce difficile differenziarla dalla nefrite cronica comune.

ORTALI C. (Roma). — *La sifilide traumatica.* — L'O. illustra due casi di sifilide traumatica, discutendone le varie cause. Si sofferma anche sulla patogenesi concludendo che due possono essere le condizioni: o la lue è in atto al momento del trauma o è in un periodo di latenza.

LANDOLFI M. (Napoli). — *Le algie spleniche negli stati preleucemici.* — L'O. indica quale segno-spia di stati preleucemici un tipo di algia spontanea che ha il determinismo di essere indovata nella reg. ipocondriaca sinistra con irradiazione all'ombelico, in corrispondenza del quale trovasi una zona di iperestesia cutanea.

CARRERAS (Pisa). — A proposito di quanto ha comunicato il prof. Landolfi sulla opportunità di seguire nella cura della leucemia criteri preventivi, richiama l'attenzione sull'opportunità di tenere in speciale sorveglianza i malarici, poichè la questione del rapporto tra malaria e leucemia, che è tuttora sub iudice, potrebbe risolversi in modo positivo — come è dimostrato dal fatto che in molti leucemici si ha notizia di una infezione malarica pregressa.

LORENZETTI (Milano). — Riferisce sopra un caso di *leucemia mieloide acuta* che ritiene differenziabile dalle mielosi infettive per vari dati clinici ed anatomici. Ancora discussi sono i rapporti tra queste due affezioni. Tuttavia l'O. crede che il fatto più interessante nelle leucemie acute è non tanto l'agente etiologico incerto, quanto il tipo di reazione ematologica che ne deriva, tipo di reazione a volte tipico come nelle leucocitosi e nelle mielocitosi, a volte atipico come nelle forme veramente leucemiche acute o croniche.

CHIUSURA DEL CONGRESSO.

Esaurite le comunicazioni poste all'Ordine del giorno il sen. Maragliano, presidente della Società di Med. Interna, prende la parola per sintetizzare brevemente l'importanza dei lavori del presente Congresso, notando come e dalla discussione delle Relazioni e dagli argomenti vari svolti sulle molteplici comunicazioni sia apparso il progresso notevole del lavoro medico di tutte le scuole italiane.

Ha parole di ammirazione per l'organizzazione della Clinica Medica di Roma che « mantiene l'indirizzo clinico italiano continuando le tradizioni mediche e romane incarnate nella figura di Guido Baccelli ».

E formulando il più vivo augurio per lo sviluppo della scienza medica italiana, nel prendere congedo da tutti i Congressisti annuncia Padova quale sede del futuro Congresso.

E. TRENTI - A. POZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il valore diagnostico e prognostico del ganglio di Troisier nel cancro gastrico.

Henoc e poi Wirchow richiamarono l'attenzione sulla adenopatia sopra clavicolare sinistra nel carcinoma gastrico.

Troisier nel 1886 ne fece uno studio completo, da allora in poi regna la formula che la presenza di questo ganglio in un individuo con segni di carcinoma, conferma la diagnosi di carcinoma addomino viscerale e controindica l'intervento chirurgico. Lo stesso Pauchet approva questa direttiva.

Chauvenet (*Gaz. des Hôpit.*, n. 80, 7 ottobre 1925) si chiede se ciò sia giusto. Anzitutto l'adenopatia di Troisier è rara. E poi ha essa veramente il valore che le si è voluto conferire? Su 12 autopsie in cui esisteva il ganglio in parola, 7 volte era canceroso, 5 volte no. Su 17 casi chirurgici, 7 volte era neoplasica, 10 volte no. Così una statistica di Soupault e Labbé.

La presenza del ganglio non è indice certo di metastasi ganglionare nel cancro gastrico. Essa può essere sia una adenite acuta o subacuta dovuta a dei germi infettivi derivanti dal tumore o da qualsiasi altra lesione gastrica, sia una adenite specifica o banale coesistente, sia infine una metastasi cancerigna. Solo la biopsia può chiarirne la natura.

Questo in quanto alla diagnosi, circa la seconda parte del problema, se cioè essa controindichi in modo assoluto l'intervento, non è facile concludere.

Se si trattasse di una metastasi per linfangite cancerosa progressiva (permeazione linfatica) l'intervento è da rigettarsi; se si ammette si tratti di una metastasi per embolia di una cellula cancerigna si può tentare l'intervento. In conclusione non si può nè biasimare il chirurgo più ardito che interviene, nè quello più prudente che si astiene.

L. TONELLI.

Diagnosi e trattamento chirurgico della diverticolite del colon.

De Quervein (*Archiv. franco-belges de Chir.*, marzo, 1925) fa una distinzione fra la diverticulosi, sindrome che è stata descritta da Mayor e da Graser ed è caratterizzata dalla presenza di numerosi piccoli diverticoli; e la diverticulite che è caratterizzata dalle alterazioni infiammatorie che possono sopraggiungere ai diverticoli, ed è anche la sola di importanza chirurgica. L'A. distingue anche le varie forme chirurgiche che può assumere la diverticulite: peritonite con perforazione acuta (sindrome identica a quella di appendicite acuta con peritonite, tranne che è localizzata nella fossa iliaca sinistra invece che a destra).

Ascesso ad andamento subacuto localizzato nel piccolo bacino o nella regione lombare.

Sigmoidite acuta o cronica.

Tipo di tumefazioni flogistiche simulanti un neoplasma con crisi acute di occlusione.

Si deve pensare alla diverticolite ogni volta che un malato di età adulta presenta un quadro clinico che rientra in uno dei tipi sopra menzionati.

La diagnosi può essere fatta sia col rettoscopio (giacchè l'alterazione si estende dal sigma sempre verso il retto, nei quali casi l'A. consiglia la massima prudenza nell'esame, trattandosi di pareti sclerosate e fragili) sia con la radioscopia e radiografia previo clistere opaco. L'A. sconsiglia di dare il pasto opaco per bocca, perchè la sostanza facendosi più densa e solida nel passaggio lungo il canale alimentare potrebbe non riempire i diverticoli e passare oltre. È notevole che in rapporto ai diverticoli si rileva una contrattura spastica del colon dovuta probabilmente all'irritazione cronica prodottasi nei diverticoli. L'A. non è favorevole all'anastomosi fra i due tratti di intestini sani per la possibilità del progredire del processo flogistico nella porzione ammalata a motivo del ristagno di feci. Egli preferisce o la colostomia nei casi di urgenza, o la colectomia come trattamento radicale.

V. GHIRON.

Diverticoli del digiuno.

I diverticoli del digiuno sono una malattia rara e raramente diagnosticata, perchè non danno disturbo alcuno fino a che non interviene qualche fatto infiammatorio. Allora incomincia un senso di ripienezza, di dolore localizzato all'addome generalmente al lato sinistro). Le complicazioni infiammatorie consistono in diverticulite, peridiverticulite, ulcerazioni e perforazioni, occlusione intestinale per gomitature, aderenze, annodamenti, ecc. La diagnosi si fa esattamente allo schermo radiologico in cui si vede un'ombra corrispondente al diverticolo riempito della sostanza opaca sormontata da una cupola di aria che è stata compressa dalla sostanza opaca. La cura consiste nella resezione del diverticolo o del tratto intestinale quando si tratta di più diverticoli. L'A. sconsiglia l'inversione del diverticolo che può dar luogo ad inconvenienti di vario ge-

nere, fra cui l'occlusione per il successivo ingrossarsi del diverticolo per processi flogistici.

J. Moreau (*Archives franco-belges de Chirurgie*, marzo 1925) ha raccolto 42 casi nella letteratura, cui aggiunge uno proprio. V. GHIRON.

La prova dell'istamina come misura dell'attività secretiva dello stomaco.

L'istamina esercita un'azione eccito-secretiva sullo stomaco dell'uomo per cui l'hanno utilizzata per lo studio della secrezione gastrica in stati patologici di iper- ed iposecrezione. L'iniezione di 1 cmc. di soluzione d'istamina (all'1 ‰) provoca un'abbondante secrezione di succo gastrico ricco di acido cloridrico libero e di pepsina, puro, senza mescolanza coi residui del comune pasto di prova, senza diluizione e senza fissazione dell'acido o del fermento sulle albumine ingerite.

Carnot e Libert (*Soc. de Biologie*, 27 luglio 1925) hanno così studiato vari succhi gastrici con ipercloridria, ipocloridria, succhi di cancerosi ottenendo dei risultati costanti e dei liquidi interessanti specialmente per lo studio citologico nei cancri dello stomaco.

In due casi infatti riscontrarono nel liquido oltre l'assenza di HCl e la presenza di elementi del sangue, numerose cellule con aspetto neoplastico.

Il secreto gastrico viene raccolto con una sonda di Einhorn; l'istamina viene iniettata per via sottocutanea. BRANCATI.

La cura del pilorospasmo e dei vomiti abituali.

In questi ultimi tempi vi è la tendenza a curare il pilorospasmo ed i vomiti abituali dei bambini con l'uso di pappine di cereali dense e di altri alimenti di consistenza spessa, che vengono bene tollerati, mentre il latte ed altri liquidi vengono sempre vomitati. I risultati degli autori sono concordi su questo punto senza però che si sia trovata una ragione a siffatto procedimento basato solo sull'esperienza. In verità però gli esami radiologici avrebbero dimostrato che lo stomaco del bambino si contrae e si addossa sopra un alimento a consistenza spessa; questa funzione, detta peristolica, spiegherebbe appunto i buoni risultati terapeutici. L. Rogatz (*Amer. Journ. of Dis. of Children*, v. 28, n. 8) osserva appunto che il buon effetto che si ottiene con i cereali si può spiegare sulla base del rapporto meccanico che esiste fra il contenuto dello stomaco e la parete muscolare di quest'organo; non importa se il bambino sia neuropatico o se esista uno spasmo del piloro; tale rapporto deve ottenere in ogni stomaco un'adatta compensazione di forze tali da produrre la guarigone. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Atlanti di malattie cutanee. — Al dott. N. P. da Italopolis (Brasile):

Buoni atlanti di malattie cutanee, oltre l'*Handhatlas*, in tre volumi, per medici e studenti, del KAPOSI, sono quello di JACOBI-ZIELER e l'altro (con figure in nero, che comprende anche le alterazioni delle mucose visibili), annesso al *Précis de Pratique dermatologique* del BROCQ (Parigi, Doin, 1910). Sono pure consigliabili gli atlanti-compendi delle malattie cutanee (MRACEK e JESIONEK) e della sifilide e delle malattie veneree (MRACEK), tradotti in italiano ed editi dalla Soc. editrice libraria.

V. MONTESANO.

VARIA.

Un medico martire.

Il periodico « Il Medico Italiano all'Estero » dà notizia del medico belga Leone Neuens, il quale durante la guerra contrasse una bronchite sulla linea e perciò fu addetto a una formazione delle retrovie; dedicatosi alla radiodiagnostica, non adottò mezzi protettivi efficaci e perciò fu colpito da gangrena e radiotermiti, cui seguirono artriti, anchilosi, impotenze funzionali; ma egli non si lasciò vincere: « inventò » una bicicletta e si faceva trasportare su di essa per le visite ai « suoi » feriti; il suo spirito sembrava affinarsi nelle sofferenze. Dopo la guerra esercita ancora la professione, facendosi aiutare per l'ascoltazione da un collega.

Egli era stato un cosidetto medico « naturalista » e nel 1922 volle pubblicare il suo Vangelo dal titolo: « Malati, guarite con mezzi naturali! ». Ora giace nel suo letto, immobilizzato, attanagliato dai dolori, ma sereno.

Consumi voluttuari.

Nel 1913 lo Stato introitava per i tabacchi poco più di 334 milioni; nel 1918 raggiunse i 650 milioni; nel 1923 toccò 2 miliardi e 695 milioni; corrispondentemente l'aliquota per individuo è salita da L. 9.33 a L. 67.46.

Nel 1912 lo Stato riscosse per il lotto la somma di 107 milioni; durante la guerra si scese ad un *minimum* di 93 milioni; ma subito dopo si andò a 127 e nel 1922-23 si giunse a 373 milioni; l'aliquota per abitante saliva da L. 2.90 a L. 9.34. Degli introiti si restituisce il 47 per cento in vincite.

(Da « L'Avvenire Sanit. »).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Il giorno 19 ottobre 1925 nel Teatro Comunale di Siracusa è stato inaugurato il XIX Congresso Nazionale dei Medici Condotti.

Alla cerimonia assistettero circa 260 congressisti.

Intervennero il vice prefetto comm. Strano, il commissario prefettizio del Comune cav. uff. Vaccaro, il segretario politico del fascio di Siracusa ing. Perez, il questore comm. Scalone, il dottor Monteforte dell'Ordine dei medici, il medico provinciale comm. Mauceri, l'ufficiale sanitario del Comune dott. Alagona, il segretario provinciale della Federazione dei sindacati fascisti Cianetti, il comandante della legione cav. Russo, il comandante del distretto cav. Bonino, il comandante del porto cav. Ruffini, il presidente del tribunale cav. Santomassima, il procuratore del re cav. Gibilisco, il rappresentante l'Associazione nazionale veterinaria dott. Cordova. Il prof. Vincenzo Fici, direttore del Sanatorio Cervello di Palermo, per delega dell'on. Paolucci rappresentava l'Associazione nazionale antitubercolare, e tutto il direttorio, costituito dal segretario generale dott. Achille Vacino e dai dottori Cocito, Fatichi, Montano, Parodi, Percaccini, Petti, Tonelli ed il cassiere generale Carobbio. Era pure presente il dott. Guglielmo Oliaro, presidente della Cassa Mutuo Soccorso tra i M. C. Dopo la lettura di molte adesioni, tra le quali furono specialmente applaudite quelle dell'on. Rossoni e del dott. Fioretti, il cav. uff. Vaccaro, commissario prefettizio del Comune diede il saluto ospitale ai congressisti in nome della cittadinanza.

Parlò in nome del Governo e quale rappresentante della Provincia il vice prefetto comm. STRANO.

TULLIO CIANETTI, segretario provinciale dei Sindacati, dopo aver dato lettura di una lettera di Arnaldo Fioretti, segretario generale della Corporazione che si dice dolente di non partecipare al Congresso perchè impedito da impegni precedenti, porge ai congressisti il saluto del sindacalismo siracusano.

Il dott. VANELLA porge il saluto del comitato organizzatore e della sezione siracusana ai colleghi che vollero scegliere Siracusa a sede del XIX Congresso.

Infine parla il segretario generale dott. VACINO, il quale ringrazia tutte le autorità intervenute per onorare il Congresso con la loro presenza. Ricorda il culto della patria che ha avuto sempre la generosa Sicilia. Accenna alla propaganda igienico-sanitaria che fanno i M. C. e per la ricostruzione economica nazionale alla quale si è accinto il Governo di Benito Mussolini ed invia un commosso saluto al duce ed al collega Fioretti.

Dopo la cerimonia inaugurale, terminata con il suono della marcia reale e dell'inno *Giovinezza*, accolti dai congressisti con entusiastici applausi, gli intervenuti hanno assistito alla proiezione di una cinematografia dimostrativa dei mezzi necessari per la lotta antitubercolare.

Nel pomeriggio il Congresso iniziò i suoi lavori nell'aula del Consiglio comunale, sotto la presidenza del dott. VANELLA.

Il dott. VACINO ha letto ed illustrato la relazione morale.

Interloquiscono i dottori FRASSETTI, CRUCCU, SASSI, SACCONAGHI, SAITTA, ASTIAGO, RENNA, NAPOLETANO, POERIO, PITTERÀ, GARSIA, TOMASELLI ed altri.

Tutti gli oratori approvano con plauso l'opera svolta con la massima cura e solerzia dal segretario Vacino e dal direttorio centrale.

Ad alcuni rilievi risponde il segretario generale, ed in special modo ai dottori Frassetti e Sacconaghi, che interpellano il segretario generale sulla possibilità di provvedimenti disciplinari contro gli associati a gerarchie sindacali estranee alla corporazione sanitaria, risponde che se i soci devono sentire sopratutto il senso della disciplina in ossequio alla disposizione statutaria per quanto possono non essere iscritti al partito fascista, non devono giammai svolgere opera contraria alle direttive del fascismo. In caso d'inosservanza devono le gerarchie locali adottare i provvedimenti adeguati, dalla diffida alla espulsione, a carico degli inadempienti e in mancanza di ciò la gerarchia sindacale superiore ha pieno diritto d'intervento.

Invita i colleghi ad assumere chiaramente la propria responsabilità affermando che l'approvazione della relazione vuol dir chiara, precisa ed incondizionata approvazione delle direttive che egli propone e sostiene, di adesione cioè, sicura e senza riserve al partito nazionale fascista.

Il dott. EUSONI, lamenta che colleghi iscritti al Sindacato nazionale fascista medici condotti collaborino ad un giornale di spiegata e dichiarata ispirazione contro le direttive del sindacalismo fascista e presenta analogo ordine del giorno, che viene approvato.

La votazione sulla relazione morale avviene sul seguente ordine del giorno proposto dai dottori CRUCCU di Cagliari e COSTA di Catania:

« Il XIX Congresso del Sindacato nazionale fascista medici condotti italiani, udita la relazione morale, convinto che quella tracciata dai precedenti Congressi è la via più netta pel conseguimento dell'elevazione morale ed economica della classe, approva la direttiva e l'azione svolta sinora dal direttorio centrale e passa all'ordine del giorno ».

Gli scrutatori dott. Urso, Lamberti e Villarà, fanno lo spoglio e il presidente dott. OLIARO, fra gli applausi più scroscianti, proclama l'esito della

votazione che suona plauso incondizionato e riconoscimento della nobilissima azione svolta dal segretario generale dott. Vacino e dal direttorio centrale: 3732 sì, 5 no, 3 astenuti.

A piena unanimità quindi fra l'entusiasmo dei congressisti viene approvato il seguente significativo o. d. g. proposto dai dottori CAPPELLO, CRUCCU, MAROTTA e dal segretario della Federazione siracusana TULLIO CIANETTI:

« Il XIX Congresso nazionale del Sindacato nazionale fascista dei M. C.; riunito in Siracusa il 19 ottobre 1925; udita la relazione del segretario generale specialmente per quanto si riferisce alla grandiosa opera del governo fascista di Benito Mussolini per inserire sempre e definitivamente nella vita politica ed economica della Nazione le classi lavoratrici del braccio e del pensiero; plaude all'opera ricostruttiva del governo fascista che è emanazione della volontà del popolo italiano, anelante di fare una patria sempre più grande; e fa voti che la Corporazione nazionale sanitaria, che tante benemerenze ha acquistato sotto la guida dei suoi valorosi capi, abbia il suo giusto riconoscimento nelle grandi riforme annunziate dal governo.

« Delibera di inviare a Benito Mussolini, duce del fascismo, i sentimenti di fedeltà e di devozione dei medici condotti italiani, veri missionari ed apostoli della elevazione ed educazione della stirpe italiana ».

L'approvazione di tale ordine del giorno è stata salutata da applausi dei congressisti che hanno inneggiato all'on. Mussolini.

È stato approvato l'invio di telegrammi all'on. Rossoni ed al dott. Fioretti.

Terminata la seduta il commissario del Comune ha offerto in onore dei congressisti un sontuoso ricevimento.

Nella mattinata del 20 ottobre ebbe luogo una importante riunione della Cassa di Mutuo Soccorso tra i M. C. La relazione presentata, che dimostra la floridezza dell'Istituto e ne assicura il più prospero avvenire, è approvata ad unanimità.

Alle ore 11,30 la massa dei congressisti seguita da numerosi cittadini siracusani, forma un ordinato corteo. La musica cittadina suona gli inni e le canzoni della patria; una squadra di avanguardisti reca la corona votiva offerta dai medici condotti d'Italia al Milite ignoto.

Nel pomeriggio il Congresso ha proseguito i suoi lavori sotto la presidenza del dott. OLIARO. Viene approvata con plauso la relazione finanziaria del cassiere centrale dott. Carobbio che dimostra la potente posizione economica del Sindacato il cui fondo di riserva sorpassa il milione.

Il Congresso ha poi deciso di erogare la somma di L. 19,000 al Collegio degli orfani di Perugia. Si approvano alcune modifiche statutarie: viene revocata la disposizione che stabilisce la non rieleggibilità del segretario generale il che dà luogo ad una imponente entusiastica dimostrazione di stima e di affetto al segretario generale dottor Vacino.

L'ordine del giorno relativo che esprime il riconoscimento della preziosa ed appassionata attività del segretario generale è il seguente:

« Il Congresso delibera che sia rieleggibile il segretario generale e che rimanga inalterato lo Statuto per quanto riguarda la elezione degli altri membri del direttorio, dottori Galletti, Sassi, Cimino, Napolitano, Urso ».

Si tratta quindi dello importantissimo tema della lotta antitubercolare. L'argomento richiama l'interesse di tutti i congressisti tra i quali si svolge una appassionata ed elevata discussione.

Il segretario generale VACINO riafferma la decisa volontà della classe di mettersi all'opera con la massima diligenza ed attività e ricorda l'adesione già data alla Associazione nazionale con precedenti rapporti al suo illustre presidente on. Paolucci al quale propone di inviare un telegramma di plauso e di rinnovata adesione.

Il Congresso manifesta entusiasticamente la sua adesione ed approva pure con unanime consenso il seguente ordine del giorno:

« Il XIX Congresso nazionale dei medici condotti tenuto in Siracusa nell'ottobre 1925, udita la relazione Delbue, Dosi e presa visione dello schema di statuto Oppi; persuaso della immensa importanza economica e sociale della lotta contro la tubercolosi e certo di prendere parte viva in tal modo alla ricostruzione morale economica così vigorosamente e positivamente intrapresa dal Governo di Benito Mussolini, delibera la fondazione della Associazione nazionale medici condotti antitubercolare secondo le norme dello statuto stesso e ne nomina la presidenza centrale nelle persone dei dottori Dosi, Oppi, Cammarata ».

Sulla statizzazione e provincializzazione dei servizi sanitari si approva all'unanimità la relazione ed il progetto già presentato dal dott. VACINO al Consiglio superiore di Sanità nel maggio scorso.

I congressisti sono intervenuti la sera ad uno spettacolo dato in loro onore al Teatro Comunale per iniziativa del Comune di Siracusa.

La seduta antimeridiana del 21 ottobre è presieduta dal dottor POERIO PITTERÀ, il quale proclama il risultato della votazione per la nomina dei sindaci revisori dei conti. Vengono eletti il Zinelli con voti 5100, Feràco con voti 4987 e Alzona con voti 4670.

Per le provvidenze verso i Comuni terremotati riferiscono i dottori PITTERÀ, DE SANCTIS e TOMASELLI i quali presentano a nome delle quattro provincie terremotate il seguente importantissimo ordine del giorno che viene approvato all'unanimità:

« Il XIX Congresso nazionale medici condotti apprendendo con vero rammarico il trattamento fatto ai Comuni terremotati dalla Commissione Reale, la quale falcidiando le concessioni deliberate dalla G. P. A., ha negato compensi addizionali per i poveri e ricostruzioni di carriera, creando così a quei colleghi condizioni di inferiorità dinanzi agli altri medici condotti d'Italia, ed una evidente disparità di trattamento anche tra sani-

tari della stessa Provincia, protesta energicamente contro tale ingiusto trattamento e ritiene equo che quei sanitari siano messi alla pari di tutti gli altri d'Italia, che godono già indisturbati di quelle concessioni; assicura la solidale resistenza con tutti i mezzi a disposizione del Sindacato nazionale e della Corporazione nazionale sanitaria e dà incarico al direttorio centrale di svolgere la più intensa azione presso i poteri competenti perchè sia ottenuto l'accoglimento dei loro desiderata ».

Quindi il dottor DECIO GANDOLFI illustra una sua proposta per la trasformazione della Cassa mutua tra i medici condotti in un Istituto nazionale di previdenza sociale tra tutti gl'impiegati e salariati degli enti autarchici (Provincie, Comuni, Opere Pie).

Prendono la parola sull'argomento i dottori GRILLO, FRASSETTI e CAMPOLI il quale osserva che i ferrovieri ed i maestri elementari hanno già ottenuto l'integrazione delle loro pensioni ed è giunta l'ora che i medici condotti domandino al Governo quello che è stato ad altre classi concesso.

GANDOLFI fa osservare che il contributo del Governo è di L. 250,000 (quello che dava dieci anni fa) contributo che si dovrebbe elevare almeno ad un milione e mezzo e propone l'istituzione della marca sanitaria.

SASSI parla della perequazione progressiva delle pensioni.

URSO presenta un ordine del giorno del Sindacato di Palermo che fa voti perchè sia fatto obbligo ai Comuni d'integrare la pensione ai medici condotti anziani in modo da percepirla intera cioè senza la ritenuta del 40 %.

GANDOLFI presenta infine un suo ordine del giorno che viene approvato per acclamazione.

Il Congresso delibera che venga formata una commissione di cinque membri che studi a fondo la questione e formuli una relazione da distribuire a tutti gli uomini politici in modo da interessarli al problema delle pensioni che è quello che più assilla la benemerita classe dei medici condotti.

Nella seduta pomeridiana vengono discussi altri temi d'indole igienico-sanitaria. Esaurito l'ordine del giorno viene designata Siena a sede del XX Congresso.

Il dott. OLIARO, prima di dichiarare chiuso il XIX Congresso, rivolge parole di ringraziamento alla città di Siracusa, ospitalissima, ed eleva un inno ai tesori di meraviglie naturali prodigate dal cielo con mano generosa su questa terra d'incanto, ove le vestigia gloriose richiamano al pensiero una civiltà millenaria. Esprime l'augurio che per l'opera ricostruttrice di Benito Mussolini sia ad essa restituito l'antico splendore.

Ringrazia poi tutte le autorità cittadine ed il comitato locale per la cui opera il XIX Congresso ha potuto svolgersi nel miglior modo ed ha parole di ringraziamento per i rappresentanti della stampa locale e per la *Rivista Sanitaria Siciliana*.

Saluta infine i congressisti e le congressiste, lieto dell'aura di fraternità nella quale il Congresso si è svolto ed augura che Siena possa da qui ad un anno ospitarli ancora una volta.

Il segretario generale dott. VACINO si associa alle fervide espressioni del dott. Oliaro e ringrazia in nome suo e del direttorio centrale le autorità e le associazioni cittadine, gli avanguardisti che giovanilmente si sono prodigati a favore dei congressisti.

Il dott. COCITO del direttorio centrale invita i congressisti ad esprimere un voto di plauso ai dottori Vanella e Cappello per l'ottima riuscita del Congresso.

Alle ore 18,30 l'Associazione tra gl'impiegati civili e militari presieduta dal prof. Nicolini ha offerto a tutti i congressisti un rinfresco. Alle numerose signore che accompagnavano i congressisti vennero offerti mazzi di fiori.

Alle 19,30 nell'ampio salone dell'Hôtel des Etrangers il direttorio centrale ha offerto un banchetto alle autorità cittadine. Al levar della mensa il dott. Vacino ringrazia i convenuti che prega di rendersi interpreti dei sensi della più viva gratitudine dei congressisti verso la città nobilissima di Siracusa. Rispondono brevemente con belle parole il commissario prefettizio cav. uff. Vaccaro ed il vice-prefetto comm. Paolo Strano.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile Umberto I.* — Assistente. Vedi fasc. 48. Scad. ore 18 del 15 dic.

ANCONA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Jesi. A tutto 23 dic. Vedi fasc. 48.

BAGNI DELLA PORRETTA (*Bologna*). *Ospedale Costa.* — A tutto il 10 dic., direttore. Vedi fasc. 48.

BOZZOLO (*Mantova*). — Scad. 15 dic. 1ª condotta. Vedi fasc. 48.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — 2ª condotta; proroga a tutto 25 dic.

CASTIONE DELLA PRESOLANA (*Bergamo*). — Scad. 25 dic. Vedi fasc. 48.

COMO. *Colle di Monte Olimpino « Villa Aprica », Casa di cura policlinica.* — Medico-chirurgo assistente. Vedi fasc. 48. Scad. 10 dic.

CORBARA (*Salerno*). — Scad. 7 genn.; L. 7500 e 4 quadr. decimo; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

GENOVA. *Clinica medica delle malattie polmonari* (diretta dal prof. E. Maragliano). Sei posti di medico praticante durante l'anno scolastico 1925-1926. Vedi fasc. 48. Scad. 10 dic.

GIRGENTI. *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; titoli ed eventualm. esami; L. 12,000 e 50 % onorari. Docum. alla Congreg. di Carità entro il 16 gen. Età 35-55 a. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

MAJOLATI (*Ancona*). — Scad. 12 dic.; L. 8500, bienni, c.-v., alloggio gratuito, indennità complementare. Ab. 3000; iscritti 355.

MONTEFIORE DELL'ASO (*Ascoli Piceno*). — Al 31 dic. L'amministraz. si riserva di ridurre da 3 a 2 le condotte. L. 8500 fino al 25 % della popolaz.;

L. 500 indenn. laurea; 5 quadr. decimo; L. 600 se uff. san. Servizio privato pel trasporto, *gratis*. Tassa L. 50.10.

MONTE S. MARTINO (*Macerata*). — Scad. 21 dic.; L. 9000 e 3 quadr. dec.; trasp. L. 1000 ovvero 2500; c.-v.; uff. san. L. 600; c.-v. in L. 780 se celibe, L. 1200 se ammogliato. Tassa L. 50.15.

NAPOLI. *R. Accademia di Belle Arti e Liceo Artistico*. — Professore di anatomia. Docum. al Ministero della P. I. (Direz. Gener. per le Antichità e le Belle Arti). Scad. 30 dic.

PIOMBINO (*Pisa*). — Ufficiale sanitario. Vedi fascicolo 46. Scad. 20 dic.

RIVE D'ARCANO (*Udine*). — Scad. 15 dic.; L. 9000 oltre L. 500 serv. attivo, L. 800 uff. san., L. 3000 trasp., doppio c.-v. Tassa L. 50.

ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Al 28 dic.; v. fasc. 46.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Professore direttore della Scuola Ostetrica di Aquila; L. 16,000; scad. 15 dic. Dieci copie del *curriculum vitae* e dell'elenco documenti. Domanda in carta da L. 3.

ROVIGO. *Ospedale Civile*. — Dirigente il servizio di Radiologia e Terapia fisica. Vedi fasc. 48. Scad. ore 18 del 10 dic.

SANTOPADRE (*Caserta*). — Scad. 10 genn.; L. 8000 e 5 quadrienni di 1 dec.; cav. L. 2400; uff. san. L. 500.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nella Sezione Tubercolosi. Vedi fasc. 48. Scad. ore 17 del 15 dic.

Diffide e boicottaggi.

Nuove diffide: Mondolfo (Pesaro) per il servizio di condotta e di ospedale.

CONCORSI A PREMI.

Scuola Medica Ospitaliera di Roma.

Il Comitato direttivo della Scuola ha istituito un premio di lire 1000 per il miglior lavoro clinico originale, eseguito nella scuola e non pubblicato, che sarà presentato da allievi della scuola stessa entro l'anno scolastico 1925-26. Di esso, a giudizio della Commissione esaminatrice, sarà curata la pubblicazione sulla « Rivista Ospedaliera ».

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Verrotti è incaricato dell'insegnamento di clinica dermosifilopatica presso la R. Università di Catania.

Il dott. Medi Arturo ha conseguito la libera docenza per esami in clinica pediatrica, discutendo il tema: « Le sindromi da avitaminosi nell'infanzia ». Componevano la commissione i proff. Pestalozza, Comba, Luzzatti, Dionisi e Guidi.

La Società Americana dei Raggi Röntgen, che ha sede a Washington, nell'assemblea del 22 settembre u. s. assegnava il premio Leonard, di 1000 dollari, dividendolo in due parti: una di 600 dol. ai dottori E. A. Graham, G. H. Copter e W. H. Coll, di St. Louis, per la loro opera sulle colecistografie; l'altra di 400 dol. a G. Faille di New York per la sua opera sul radon.

NOTIZIE DIVERSE.

La legge per l'assistenza alla maternità ed all'infanzia.

La Camera dei Deputati ha approvato il relativo progetto di legge, già passato per il Senato, dopo osservazioni in vario senso degli on. Marotta, Morelli, Messedaglia e Martire e un efficace discorso dell'on. Federzoni, cui seguirono brevi considerazioni del relatore on. Gabbi; alcuni rilievi sui singoli articoli furono fatti dagli on. Sandrini, Marescalchi e Guaccero.

Abbiamo già dato nel fasc. 32 la relazione del sen. Marchiafava e nel fasc. 33 un ampio e chiaro sunto del disegno di legge.

Lauree « ad honorem ».

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Roma ha proposto al Ministro della P. I. che nel progetto di legge per il conferimento della laurea *ad honorem* agli studenti delle Università italiane caduti per la causa nazionale sia aggiunta la disposizione in virtù della quale gli Ordini professionali siano autorizzati ad iscrivere nei rispettivi albi i nomi di tutti i giovani laureati *ad honorem*, caduti per la vittoria e per la grandezza d'Italia.

Inaugurazione di anni accademici.

A Milano il rettore magnifico sen. Mangiagalli espose il lavoro compiuto nei primi nove mesi di vita dell'Università; illustrò il magnifico *essor* da questa preso e dette precise notizie di carattere finanziario. Il prof. Carlo Foà tenne il discorso inaugurale sul tema: « I fattori fisiologici della personalità umana ».

A Bologna il rettore magnifico prof. Sfameni lesse una lucida e minuta relazione, dopo di che il prof. Alessandro Chigi pronunziò l'orazione inaugurale sulla dottrina darwiniana, della quale dimostrò le benemerenze nel campo del pensiero, lamentando che le riforme scolastiche recenti abbiano bandito l'insegnamento delle specie animali e vegetali da ogni ordine d scuole.

A Padova, dopo una brillante relazione del rettore magnifico prof. Lucatello, il discorso accademico fu tenuto dal prof. Oddo Casagrandi, preside della Facoltà medica.

Il convegno delle Unioni intellettuali.

Si è tenuto a Milano un Convegno delle Unioni intellettuali, libere Associazioni che sorsero, dopo la guerra, in diversi centri di Europa, le quali hanno per scopo di ravvivare i rapporti internazionali nel campo dell'arte e del pensiero. L'Unione intellettuale italiana ha il suo centro a Roma ed è presieduta da Luigi Luzzatti.

Al Convegno parteciparono personalità di diverse nazioni note nel mondo della coltura.

L'inaugurazione del Convegno ebbe luogo al Castello Sforzesco, contemporaneamente alla cerimonia d'apertura del nuovo anno accademico.

Per gl'italiani parlò il prof. Enriques; in italiano rispose lo scrittore tedesco Oskar Schmitz; parlarono poi i proff. Alfred Weber, germanico;

Langevin, francese; de Halban, polacco. A tutti rispose in nome della città il sen. Mangiagalli, augurando che ciascuno, ritornando alla propria patria, abbia a ripetere il verso di Petrarca: « Pace, pace, pace ».

Ufficio per le sostanze radioattive.

Come da decreto minist. n. 1421, l'Ufficio per le sostanze radioattive dipendente dal Ministero dell'Economia nazionale è passato alle dipendenze del Ministero dell'Interno a decorrere dal 1° ottobre 1925. Resta integra però la competenza del Ministero dell'Economia nazionale in tutto ciò che concerne studi e ricerche di carattere tecnico ed economico delle sostanze radioattive, sia a mezzo della apposita Commissione, sia a mezzo degli organi tecnici ordinari dello stesso Ministero.

Per le Scuole Convitto professionali presso Facoltà mediche.

Con recente provvedimento le Facoltà universitarie medico-chirurgiche possono essere autorizzate ad istituire « Scuole-convitto professionali » per infermiere.

Qualora dispongano di servizi adeguati alle necessità del tirocinio tecnico, possono istituire « Scuole specializzate di medicina, pubblica igiene ed assistenza sociale » per assistenti sanitarie visitatrici.

I mezzi finanziari per il funzionamento delle scuole sono costituiti dai cespiti e dalle entrate loro proprie. Le Scuole-convitto professionali per infermiere usufruiscono, altresì, dei proventi derivanti dall'esercizio della assistenza in base a convenzioni da stipularsi con gli Enti ospedalieri.

Una Commissione dà parere sulle domande di autorizzazione alle aperture delle Scuole; della Commissione fanno parte due membri nominati dal ministro per l'istruzione.

Servizio di orientamento professionale.

È stato istituito a Roma, dal governatore sen. Cremonesi, presso l'Ufficio della P. I., per gli allievi delle classi V-VIII delle Scuole comunali.

Sarà organizzato e diretto da una Commissione, la quale potrà proporre di aggregarsi persone particolarmente versate in fisiologia, psicologia e igiene del lavoro.

La prolusione del prof. Pende.

Nell'aula magna della Clinica medica di Genova il 26 novembre il prof. Nicola Pende, ordinario di clinica medica, tenne la sua prima lezione sul tema: « Le cinque incognite del problema clinico ». Erano presenti il sen. Maragliano, illustre predecessore del Pende, il prof. Moresco, rettore magnifico, tutta la Facoltà di medicina, i medici ospedalieri, le autorità civili e militari, il prof. Viola venuto da Bologna, ecc.

Il prof. Pende, presentato dal preside della Facoltà, prof. Clivio, portò il suo saluto devoto e commosso al sen. Maragliano. Dopo la sua lampante conferenza gli furono dati il saluto degli studenti di medicina e della Associazione genovese universitaria. Il sen. Maragliano prese per ultimo la parola per salutare la giovane gloria dell'Ateneo genovese. Alla signora Pende fu offerto un mazzo di rose.

Nel pomeriggio, nei locali della Clinica, vennero offerte al prof. Pende le insegne di grande ufficiale della Corona d'Italia, onorificenza avuta *motu proprio* sovrano in riconoscimento dell'opera illuminata e corretta per la fondazione e l'avviamento della Università di Bari.

Ha posto tragicamente fine alla sua vita il prof. ALBERTO PERATONER, da Catania, dell'età di 63 anni, apprezzatissimo insegnante di chimica farmacologica nel nostro Ateneo. Contava molti amici ed ammiratori e devoti discepoli.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Periodici di nostra edizione in abbonamento cumulativo pel 1926 con "Il Policlinico„

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 25 per l'Italia o **L. 38** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1925 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

N. B. — Coloro che assumeranno l'abbonamento a tutte e tre le Riviste, *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 72 per l'Italia o **L. 90** per l'Estero

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze; *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3,50

Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 25 — Estero L. 38

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Cuore e Circolazione„, si concedono le intere annate 1920 - 1921 - 1922 - 1923, del periodico "Le malattie del cuore„, nonchè 1924 e 1925 di "Cuore e Circolazione„, per sole L.* 95 *se in Italia, e per sole L.* 125 *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50

Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 25 — Estero L. 38



IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo, distinto in 3 parti; *a)* lavori originali, osservazioni e lezioni cliniche, contributi pratici; *b)* Riviste sintetiche, sunti, rassegne, quesiti; *c)* note storiche della medicina, varietà, cenni bibliografici, notizie, ecc.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50

Per gli associati al "Policlinico„: Italia L. 25 — Estero L. 38

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Il Valsalva„ si concede l'intera prima annata (1925) del periodico stesso, per sole L.* 20 *se in Italia e per sole L.* 30 *se all'Estero, in porto franco.*

Indirizzare Vaglia Postali e Assegni Bancari, sempre direttamente al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina, 14 — Roma

ANNO XXXII Roma, 14 Dicembre 1925 Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI ANAT. PATOLOGICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. A. DIONISI.
OSPEDALE POLICL. UMBERTO I IN ROMA, VII PADIGLIONE
Primario: prof. ARCANGELI.

Tentativo di cura della leucemia con inoculazione di sangue infetto di « Plasmodium vivax »

per il dott. LUCHERINI TOMMASO, aiuto medico.

I NOTA.

Credo opportuno di richiamare l'attenzione sopra un tentativo da me fatto per studiare oltre il comportamento della formula ematologica, anche il decorso in genere del processo leucemico in seguito ad inoculazione di sangue infetto di *plasmodium vivax*.

Il prof. Schupfer (1) nel 1905 studiando l'influenza che sulle leucemie esercitano le malattie infettive intercorrenti, ha tentato in un caso di leucemia cronica l'inoculazione di 4 cmc. di sangue infetto di parassiti di quartana doppia.

Ma i risultati furono negativi, se si eccettua durante il periodo degli attacchi una transitoria diminuzione dei globuli bianchi, i quali però mantennero sempre gli stessi caratteri di immaturità.

Io ispirandomi al metodo di cura che Wagner von Jauregg ha proposto per la demenza paralitica, ho voluto inoculare il *plasmodium vivax*, che a differenza del *plasmodium malariae*, ha un più breve periodo di incubazione, ha una diversa atti-

(1) F. SCHUPFER. *L'influenza che sulla leucemia esercitano le malattie infettive intercorrenti ed il suo valore terapeutico.* Policlinico, Sez. med. 1905, aprile.

vità moltiplicatrice, una maggiore virulenza ed è più facilmente debellabile con la cura chininica.

Posso per ora annunciare i seguenti risultati:

Rossi Giovanni, di anni 14, entra al 7° Padiglione, Ospedale Policlinico, il 31 agosto 1925.

Da più di un mese ha febbre continua, ed avverte spossatezza. Si presenta in condizioni generali gravi. Estremo grado di anemizzazione e di astenia; sub-edema dei tessuti; ulcerazioni in qualche punto della mucosa gengivale.

In tutte le stazioni linfatiche specie nella sottomascellare destra si rilevano numerosi gangli di varia grandezza, alcuni dei quali grossi come una nocciola.

La milza è enormemente aumentata di volume e di consistenza. In alto è al VI spazio sull'ascellare media, in basso oltrepassa di due dita la linea ombelicale trasversa. Anche il fegato è aumentato di volume e di consistenza. L'esame completo delle urine è negativo. Emocultura sterile. Il 1° esame di sangue ha dato: globuli bianchi 250,000; globuli rossi 1,500,000; emoglobina 24 %.

L'esame dello striscio di sangue colorato dà a carico degli elementi della serie rossa notevole anisocitosi e poichilocitosi; discreto numero di globuli rossi nucleati.

I globuli bianchi sono rappresentati con alta percentuale (73 % circa) da elementi a tipo mieloblastico. Si nota anche qualche emocitoblasto. Nessuna forma matura.

Si fa diagnosi di « Leucemia subacuta a cellule mieloblastiche ».

Il 2 settembre faccio l'inoculazione sottocutanea di 3 cmc. di sangue infetto del parassita della terzana primaverile. Dopo 12 giorni dall'inoculazione, durante e prima dei quali il paziente ha sempre avuto febbre continua remittente (da 37.5° a 38.5°), si ha il primo attacco malarico.

Dopo 3 accessi l'esame del sangue mi dà: globuli rossi: 1,600,000, globuli bianchi 120,000, emoglobina 26 %. I caratteri degli elementi della serie bianca sono gli stessi di quelli del 1° esame. L'acido urico nelle urine è 1.12.

Dopo il 4° attacco noto: globuli rossi 750,000; globuli bianchi 8100, emoglobina 18 %. Lo striscio colorato mi fa rilevare: diminuzione notevole delle forme immature e presenza di numerosi elementi maturi granulocitici.

Per correggere lo stato anemico somministro preparati di ferro. Dopo il 7° attacco malarico noto un rialzo nel numero degli elementi bianchi: 40,000 globuli bianchi; 1,240,000 globuli rossi. Lo striscio mi dà quasi tutte forme di leucociti a nucleo polimorfo, e molti elementi del tipo monocitico.

Durante gli ultimi attacchi i leucociti tornano gradualmente a diminuire; non si ritrovano più forme immature, intanto fra un accesso e l'altro il paziente non ha più febbre; e la milza ed i gangli linfatici vanno riducendosi di volume e di consistenza.

Dopo il 12° attacco che è l'ultimo, l'esame mi dà: globuli bianchi 4400, globuli rossi 1,200,000; emoglobina 18 %.

I globuli bianchi sono rappresentati quasi tutti da forme mature (polinucleati neutrofili, numerosi monociti, vari linfotici e qualche raro mielocito). Molti conteggi degli elementi del sangue prelevato con la puntura del dito, sono stati controllati e confermati con conteggi fatti sul sangue prelevato dalla vena.

Dopo il 12° attacco inizio la chininizzazione del paziente con gr. 1 e mezzo di chinina al giorno, e posso dire che nei giorni successivi sino ad oggi il paziente non ha più avuto temperature febbrili, come aveva i primi giorni di degenza all'Ospedale, ed in seguito agli esami fatti ulteriormente e quotidianamente posso dire che i globuli rossi sono andati aumentando di numero e così pure è migliorato il tasso emoglobinico, e si è andato ripristinando l'equilibrio della formula leucocitaria, in maniera che il quadro ematico è ritornato gradualmente nelle proporzioni pressochè ordinarie.

Il 28 ottobre, a circa un mese di distanza dall'ultimo attacco malarico l'esame del sangue mi ha dato: globuli bianchi: 5800; globuli rossi: 3,880,000. Hb. 52. Il 15 novembre, globuli bianchi: 6100; globuli rossi 4,400,000.

Lo striscio mi ha fatto rilevare una formula leucocitaria quasi normale.

Per di più ho notato (e ciò è interessante sapendo che la malaria produce splenomegalia) una notevole diminuzione di volume (più della metà) e di consistenza della milza e delle ghiandole linfatiche; e un netto rapido miglioramento delle condizioni generali (ritorno dell'appetito, scomparsa del sub-edema dei tessuti, e delle ulcerazioni gengivali, ottimo lo stato di sanguificazione, ripresa di ogni attività nell'esplicazione dei bisogni personali).

Come si vede in questo caso per quanto si tratti di una forma di leucemia subacuta e quindi a prognosi assai più grave per la rapidità della evoluzione, pur tuttavia questo tentativo di cura ha esercitato indiscutibilmente una grande influenza sul quadro ematologico e clinico della malattia.

L'eccitamento a compiere tale prova mi è stato suggerito dal noto fatto che nelle infezioni da parassiti malarici si provoca costantemente una leucopenia neutrofila che persiste per un tempo vario a seconda della qualità della infezione e che cessa completamente a malattia spenta. È giustificata perciò l'ipotesi che sul midollo delle ossa sia esercitata dal parassita della malaria una azione dannosa alla formazione e alla maturazione di tali gruppi di elementi. Altro stimolo a compiere tali mie ricerche mi è stato dato da quanto si conosce sulle variazioni quantunque passeggere della formula ematologica leucemica nei processi infettivi di vario genere, che vengono a complicare la leucemia.

D'altra parte l'uso della inoculazione della malaria a scopo terapeutico nella demenza paralitica, nella tabe, in malattie cioè con esito sicuramente mortale, mi ha indotto ad affrontare la responsabilità di tale nuovo metodo di cura nella leucemia, ritenuta indiscutibilmente malattia a prognosi infausta.

Il breve periodo di osservazione non mi permette ancora di riferire e di concludere sulle eventuali ulteriori modificazioni che può subire a lungo andare il quadro ematologico e clinico del mio paziente. L'ottimo risultato però che sino ad oggi (un mese e mezzo dall'ultimo attacco feb-

brile) ho ottenuto, deve stimolare gli studiosi a tentare nuove prove e nuove applicazioni onde stabilire se la *malaria-terapia* sia un mezzo efficace per combattere nella stessa maniera e misura le leucemie sia acute che croniche, sia mieloidi che linfatiche.

Certamente riuscendo ad ottenere periodi più o meno lunghi di remissione dei sintomi, anche se il processo leucemico non si spegne, noi avremmo ottenuto un enorme vantaggio terapeutico, poichè ai numerosi inconvenienti e alla scarsezza dei risultati dei mezzi chimici medicamentosi ad azione leucolitica (benzolo), ed ai pericoli ed alle svariate difficoltà di applicazione dei raggi X, noi potremo sostituire questo nuovo metodo di cura più facile e più economico.

Non è ora il caso di addentrarsi nello studio interpretativo del vero meccanismo d'azione della *malaria-terapia* nella leucemia. Sarà il fattore della iperpiressia? Sarà quello di un'azione diretta propria del *plasmodium vivax* sugli organi emopoietici e sugli infiltrati leucemici? Ovvero si creerà un eventuale antagonismo biologico tra il plasmodium e l'ignoto agente causale della leucemia?

Riguardo a queste domande, come riguardo alla durata e alla sicura efficacia di questo sistema di cura, non posso per ora rispondere, in attesa che gli ulteriori risultati miei e di tutti coloro che vorranno controllarli con altre prove, non avranno dato il giudizio definitivo.

Roma, 20 novembre 1925.

NOTE E CONTRIBUTI.

La presenza delle linee di Francke quale contributo alla diagnosi della tubercolosi polmonare.

Dott. TITO COSTA.

Spesse volte lievi indizi, che generalmente passano inosservati o trascurati, possono recare un notevole contributo alla diagnosi di importanti malattie, quale la tubercolosi polmonare; a tale categoria mi sembra che siano da annoverarsi le linee di Francke che si riscontrano con molta frequenza fra i sintomi obbiettivi la cui somma ci permette di fare la diagnosi di tubercolosi polmonare.

Nella mia permanenza di qualche mese al Sanatorio « Cesare Battisti » ho avuto agio di studiare, dietro la valente guida del direttore prof. Mendes, tali linee di Francke che, con frequenza maggiore di quel che possa credersi, ho constatato sul torace posteriore dei malati ricoverati in detto Sanatorio.

Tali linee, che il Francke nel 1907 descrisse chiamandole « strie vasali », sono dei vasellini cutanei ectasici che egli trovò nei tubercolosi nella proporzione di 3/4 dei casi senza notevoli differenze nei singoli stadi; nei clinicamente sani le rilevò nel 25 %.

Questi vasellini capillari dilatati comparirebbero nei tubercolosi nelle prime fasi del male, specialmente sulla faccia posteriore del torace, come segno precoce di una lesione incipiente. Il numero di questi vasellini ectasici è molto variabile; o pochissimi 2, o 3 solamente od anche in gruppi di parecchi; hanno una lunghezza varia: 2-8 mm. comunemente, fino a circa 2 cm., ed una larghezza di 1/4 di mm. al 1 mm.; alcuni sono di color rosso vivo, altri bluastri, di color violaceo più o meno carico, o lividi, seguendo quasi sempre un percorso curvilineo più o meno accentuato; quasi sempre sono isolati, qualche volta hanno piccole diramazioni e queste possono essere così frequenti da formare una specie di sottile rete occupante un'area di qualche centimetro quadrato. La loro ubicazione è varia: si riscontrano alle regioni apicali, alle sopra e sottospinose, allo spazio interscapolo-vertebrale e più specialmente lungo le ultime vertebre cervicali e le prime dorsali.

Quale significato dobbiamo attribuire alle linee di Francke? Sono ectasie venose per stasi locali come ammette Wolff-Eisner? Rabajoli le ritiene un segno utile avendole riscontrate nell'80 % dei tubercolosi polmonari; egli le mette in rapporto coll'infiltrazione apicale e lo spiega come un circolo venoso collaterale, favorito dalla coesistenza di circoscritte aderenze pleuriche. Lombardi trovò che le strie di Francke sono specialmente notevoli in vicinanza delle apofisi spinose della 7ª cervicale e delle 3 prime dorsali, chiamando tale punto « zona varicosa d'allarme ». Talora queste piccole varicosità sono associate a lieve edema e a dolorabilità spontanea.

Quale la spiegazione di tali vasellini ectasici che anche io ho potuto constatare con una certa frequenza in corrispondenza delle ultime vertebre cervicali e delle prime dorsali? Si può supporre che la spiegazione di tale sintomo risieda nei rapporti anatomici tra la rete venosa superficiale e le vene profonde, per cui ogni infiltrazione dell'apice polmonare di qualsiasi natura, intralcerebbe il libero deflusso dei vasi venosi del polmone e quindi si avrebbe una formazione di stasi prima e di varici poi nelle vene superficiali.

Anche in altri vari disturbi della circolazione si possono riscontrare tali vasellini cutanei ectasici e spesso ho avuto occasione di esaminarli sul torace anteriore, disseminati qua e là sulle regioni acromiali ed in un caso numerosissimi sulle regioni omerali formanti una specie di fitta rete ed ancora alle regioni glutee e femorali: credo che in questi casi dobbiamo sospettare trattarsi di diffusa ipotonia delle pareti vasali dei capillari cutanei.

Anche negli ispessimenti pleurici, nell'asma, nell'enfisema e nelle adenopatie bronchiali, come afferma il Rabajoli, si possono avere, per compressione delle vene intercostali, queste varicosità cutanee; però in questi ultimi casi, esse sono disposte irregolarmente sul dorso, sul petto e specialmente alle regioni inferiori, mentre nella tubercolosi incipiente si riscontrano nella « zona di allarme » sopra descritta.

Statistica: per le osservazioni fatte, ho riscontrato la presenza delle linee di Francke nel 62 % dei malati di tubercolosi polmonare, e tale percentuale ha indubbiamente un alto valore per l'accertamento della diagnosi di detta infezione.

Roma, 17 ottobre 1925.

OSPEDALE CIVILE DI CESENA.

Nuovo segno clinico differenziale per le affezioni dolorose acute dell'addome. (1)

Prof. EMANUELE MONDOLFO
primario di medicina e direttore.

Il sintoma che sto per descrivere si riferisce ad un particolare comportamento dei riflessi addominali nelle affezioni dolorose acute dell'addome.

Esaminando alcuni ammalati di appendicite nell'acme della sindrome dolorosa, io notai la diminuzione, talvolta anche l'abolizione completa del riflesso addominale in corrispondenza della fossa iliaca destra.

Dopo 3-5 giorni in media nelle forme d'infiltrazione flogistica semplice (più tardi ov'è più intensa la reazione peritoneale) allorquando il dolore gradualmente si attenua e la difesa muscolare si risolve, il riflesso addominale inferiore destro si accentua se era diminuito (o si ripristina se era soppresso), nè più si nota alcuna differenza all'esame comparativo dei riflessi d'ambo i lati.

Avviene in alcuni casi di osservare non già soppressione o diminuzione nel riflesso, ma solo un più rapido esaurimento di esso in confronto con quello del lato opposto.

Il sintoma che ho riferito suole manifestarsi anche in altre affezioni addominali a decorso acuto, in rapporto con lesioni flogistiche di altri organi: per esempio nella colelitiasi, nella nefrolitiasi, nei parossismi dolorosi dell'ulcera duodenale, ecc.

Se non che nella colica epatica e nell'ulcera del duodeno è il riflesso superiore destro che scompare o si attenua o più rapidamente si esaurisce (tutt'al più anche il medio), laddove quello inferiore non appare affatto modificato.

Naturalmente nelle coliche interessanti la metà sinistra dell'addome il fenomeno rilevasi da questo lato. Nelle affezioni dolorose diffuse a tutto quanto l'ambito addominale non si nota alcuna differenza nel comportamento dei riflessi all'esame comparativo dei due lati.

Il segno della *areflessia* od *iporeflessia addominale* non è, ben inteso, costante nè patognomonico; pur tuttavia lo si riscontra con tale frequenza nelle crisi a tipo di colica (circa nel 78 % dei casi da me osservati) ch'io lo ritengo sintoma di non trascurabile importanza per l'orientamento diagnostico.

Ulteriori ricerche, ch'io stesso mi propongo di condurre su più vasta scala, varranno a chiarire la patogenesi ed a meglio determinare il valore pratico del sintomo da me indicato: sintomo di facile rilievo, di assoluta obiettività, destinato, io credo, a recar qualche sussidio negli ardui cimenti della diagnostica addominale.

(1) Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica della Romagna il 28 giugno 1925.

TECNICA.

LABORATORIO MEDICO-MICROGRAFICO MUNICIPALE DI LUCCA.

Diagnosi microscopica della rabbia.

Dott. GINO PINZANI.

Tra i numerosi metodi proposti per la colorazione dei corpi di Negri, raccomando il metodo seguente, che la mia esperienza mi indica come il più sicuro ed il più pratico:

1) sezioni di 5-7 micromillimetri, sparaffinate e fissate al vetrino coprioggetti mediante un poco di albumina Meyer, si passano in alcool assoluto e quindi in alcool comune iodato. L'alcool iodato si prepara aggiungendo a 5 cmc. di alcool comune contenuti in un vetrino da orologio, 2-3 goccie di tintura di iodio officinale. Le sezioni vi si tengono immerse fino a che abbiano assunto il colore giallo dell'iodio. Ritengo che l'azione dell'iodio in questo caso si esplichi, non solamente distruggendo le traccie di sublimato eventualmente lasciate dal liquido fissatore, ma anche esercitando un vero e proprio mordenzamento, analogamente a quanto avviene nel metodo di colorazione proposto dal Neri;

2) lavaggio rapido in acqua;

3) colorazione per circa 5 minuti in fucsina Ziehl riscaldata in un vetrino da orologio fino a sviluppo di vapori;

4) lavaggio in acqua;

5) trattamento con solfito di sodio (soluzione

acquosa 10 % di recente preparata) fino a che la sezione assume un colore roseo carico e trasparente. È necessario non eccedere nella decolorazione; però con un pezzo bene fissato questo pericolo non è da temersi. Non si possono fissare dei limiti di tempo, poichè questo varia assai a seconda delle sezioni, e, sopratutto, a seconda del liquido fissatore che si è adoperato: tempo brevissimo per i pezzi fissati in alcool: tempo molto più lungo (1-2 minuti e qualche volta anche di più) per i pezzi fissati in sublimato o in liquido di Zenker.

Per la preparazione estemporanea della soluzione di solfito, io tengo sempre pronte delle cartine contenenti un grammo di materiale: al momento dell'uso, sciolgo il contenuto di una di queste cartine in 10 cmc. di acqua tiepida in una provetta;

6) lavaggio in acqua: fare attenzione che l'acqua non sia quella stessa del num. 2 (contenente traccie di iodio);

7) colorazione di contrasto con bleu di metilene soluzione acquosa 1:4000 (30 secondi);

8) lavaggio in acqua;

9) differenziazione in alcool comune per 30''-60'';

10) alcool assoluto, xilolo, balsamo.

I corpi di Negri colorati in rosso bruno e con la loro caratteristica struttura interna, spiccano nelle cellule nervose colorate in violaceo più o meno intenso. Anche quelli puntiformi risaltano con una evidenza che non mi è stato mai possibile raggiungere con altri metodi.

Può succedere (specialmente quando ancora non si ha la necessaria pratica del metodo) che la differenziazione non riesca bene: allora i corpi di Negri appaiono colorati in turchino od in violaceo e quindi non risaltano nel protoplasma cellulare. Allora si distacca cautamente il coprioggetti, lo si passa in xilolo, poi in alcool assoluto: raramente è necessario il passaggio in alcool comune: raggiunto il grado di decolorazione necessario, si passa di nuovo in xilolo e balsamo. Poco consigliabile in questi casi è l'impiego dell'olio di garofani come decolorante.

Per la buona riuscita della colorazione, ha importanza notevolissima il metodo di fissazione del pezzo: risultati assai mediocri si hanno con pezzi fissati in alcool assoluto: risultati ottimi si hanno con pezzi fissati nel liquido di Zenker o nel liquido Schaudinn già consigliato anche dal Negri (soluzione acquosa satura di sublimato parti 2, alcool assoluto parti 1).

Da quanto son venuto esponendo, risulta chiaramente come io mi serva esclusivamente delle sezioni in paraffina per la diagnosi microscopica della rabbia.

Infatti io ho abbandonato da tempo completamente i metodi delle sezioni al congelatore ed i metodi cosiddetti rapidi. Le prime difficilmente mi hanno dato risultati molto soddisfacenti, qualunque fosse il metodo di colorazione adoperato. Le fissazioni rapide in alcool assoluto od in acetone alterano profondamente le cellule.

Quanto all'esame degli strisci, io non me ne servo quasi mai, perchè il numero delle cellule che vengono sotto l'osservazione in essi, è molto minore che non all'esame delle sezioni. E siccome talora i corpi di Negri possono essere presenti solo in numero scarsissimo (forse in conseguenza del fatto che l'animale è stato ucciso al primo comparire dei sintomi della rabbia furiosa), ne viene che gli strisci possono essere spesso poco sicuri.

Ricordo il caso di un cane morsicato da un animale riconosciuto rabbioso e ucciso poi per essergli sopravvenuta la sintomatologia indubbia della rabbia: ebbene, in questo animale la dimostrazione dei corpi di Negri mi riuscì soltanto dopo aver esaminato tutte le cellule piramidali di una diecina di sezioni. Quale risultato mi avrebbe dato in questo caso il semplice esame dei preparati per striscio?

Nè credo doversi limitare l'esame delle sezioni ai casi in cui gli strisci hanno dato risultato negativo: poichè (data la frequenza con cui casi negativi vengono portati ai nostri laboratori) tale modificazione si risolverebbe quasi sempre in una perdita di tempo.

L'esame delle sezioni non porta un notevole ritardo nel responso del laboratorio: il corno di ammone è un pezzo che si fissa con molta facilità, per cui in 24 ore o poco più, si possono avere le sezioni già colorate e pronte per l'esame.

Ecco i metodi che io seguo e che consiglio per la fissazione e la inclusione:

Metodo al liquido di Zenker: liquido di Zenker per 6 ore; lavaggio in acqua corrente per 3 ore; alcool comune 3 ore; alcool assoluto 9 ore (rinnovando il liquido almeno tre volte); xilolo 2 ore e mezza (rinnovando il liquido tre volte); paraffina 2 ore e mezza. Totale 26 ore.

Metodo al liquido di Schaudinn: liquido di Schaudinn per 4-6 ore; alcool comune per 3 ore; alcool assoluto, xilolo e paraffina come per il metodo precedente. Totale 23 ore.

Questi tempi possono essere abbreviati mettendo i pezzi in termostato: possono anche essere allungati, se esigenze speciali lo richiederanno.

La fissazione in liquido Schaudinn rende forse il corpo di Negri più facilmente e più intensamente colorabile; però spesso altera le cellule

nervose che allora appaiono spezzettate e vacuolizzate.

Per eseguire i vari passaggi rapidamente e con economia di liquido, io metto i pezzi in provette: al momento opportuno decanto il liquido e lo sostituisco col liquido nuovo. In tale maniera i pezzi possono anche essere portati a casa dal preparatore per i passaggi che devono essere fatti durante la notte.

Con questi metodi, entro un termine di tempo massimo di 30 ore, si può dare una diagnosi che presenta tutte quelle garanzie che può dare la ricerca dei corpi di Negri.

Non so se essi furono mai descritti prima d'ora: certo, mi sento autorizzato a consigliarli a quanti, come me, devono spesso occuparsi in laboratorio dell'accertamento diagnostico della rabbia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

SEZIONE DERMOSIFILOPATICA
DEGLI OSPEDALI CIVILI DI GENOVA.
Prof. U. REBAUDI, ff. primario.

Le sindromi emorragiche da arsenobenzoli. Un caso di porpora da sulfoarsenolo.

Dott. CARLO FELUGO, aiuto incaricato.

Mentre sono noti a tutti gli incidenti congestizi che frequentemente succedono in seguito a cura arsenobenzolica, sono assai meno conosciuti i fenomeni emorragici, che sebbene rari, hanno una sintomatologia talora gravissima e non infrequentemente esito letale.

Dopo le osservazioni di Léredde, che per primo ha attirato la attenzione dei medici sopra questa complicazione, la casuistica clinica si è andata arricchendo notevolmente. Fra gli AA. che a tale studio portarono il loro contributo citerò Wydooghe e Ferrond, Chatellier, Florand, Nicaud, Formént, Fritz Callomon, Majocchi, Emile Weil, Isch-Wall e infine Rabut e Aury i quali hanno proceduto ad una classificazione un po' schematica di queste sindromi; considerando l'intensità dei fenomeni emorragici che vanno da semplici epistassi fino alla porpora acuta emorragica recidivante a esito frequentemente mortale.

Dopo aver escluso che la sifilide possa cagionare direttamente emorragie, perchè lo spirocheta non dimostra, d'abitudine, nessun effetto emorragiparo, la causa di queste crisi emorragiche bisogna ricercarla negli arsenobenzoli che, come hanno sperimentalmente provato Debat, Gaston, Flaudin, Tzanck, Lannoj, sarebbero dotati di proprietà anticoagulanti sia *in vivo* che *in vitro*.

Queste proprietà non vanno disgiunte dal valore congestivo che l'arsenico può spiegare qualche volta con emorragie isolate, come, per es., l'emottisi nella tubercolosi latente; ed è appunto a questa associazione che Rabut e Aury attribuiscono la maggior parte dei casi, poichè essi fanno rilevare che la diminuita coagulabilità sanguigna debba imputarsi esclusivamente agli arsenobenzoli, giacchè non si ebbero mai fatti di porpora nè con l'atoxil nè con i cacodilati.

Vi è poi chi crede l'arsenico del tutto innocuo e dà la colpa degli incidenti emorragici alle catene sulfurate laterali contenute negli arsenobenzoli, nel 914, ecc., ecc., e chi infine opina che i fenomeni tossici siano dati dal benzolo, il quale è un veleno emolitico, e a conferma di ciò accennano alla intossicazione dei lavoranti in tintoria i quali maneggiano dei benzoli e che qualche volta presentano delle porpore talora mortali.

Tutti gli arsenobenzoli possono considerarsi responsabili di incidenti emorragici, nè ha soverchia importanza la via di introduzione. Sembra che le donne siano le più colpite (Will, Isch-Wall, Léredde ecc.) e ciò si spiegherebbe col fatto che le donne vanno soggette in tutte le loro funzioni genitali a delle crisi emorragiche. L'emofilia, la quale può non presentarsi colle caratteristiche classiche e va tuttavia unita ad anomalie endocrine ed a reazioni neurotrofiche che le sono proprie, sarebbe pure in causa.

Ma certo bisogna convenire che una più grande influenza deve essere esercitata dalle lesioni epatiche, sia famigliari che personali (litiasi epatica, itteri, diabete, ecc.) e le alterazioni renali.

Con quale meccanismo avvengono le emorragie? Si potrebbe ritenere che esse siano determinate da un vero e proprio choc emoclasico (Widal).

Férrond e Wydooghe ne vogliono dare la dimostrazione colla seguente esperienza: se a dosi crescenti di soluzione acquosa di sulfoarsenolo si aggiungono due gocce di siero di sangue umano si ha un precipitato che si ridiscioglie totalmente quando si aggiunge siero in eccesso. Se per contro si usa siero di sangue di un individuo affetto da porpora il precipitato che si forma non si ridiscioglie più aggiungendo altro siero. Da ciò essi concludono che *in vivo* debbano accadere fenomeni simili, cosicchè gli umori dei purpurici e di certi individui a terreno predisposto non sono capaci di ridisciogliere i precipitati medicamentosi che si formano nei vasi producendosi così gravi turbe circolatorie le quali spiegherebbero non solo gli incidenti emorragici, ma anche molti

altri casi di frequente osservabili coll'uso degli arsenobenzoli.

Occorre ammettere però che la patogenesi di queste porpore è assai complessa e altri fattori possono entrare in giuoco oltre alla origine colloidoclasica.

Il Wiel parla di una discrasia endotelio-plasmatica di probabile origine endocrina, altri di intossicazione salvarsanica con azione emo ed istolitica; nè deve trascurarsi l'influenza nevrotossica, vale a dire la parte fissatrice di tossine che ha il sistema nervoso centrale, per cui gli arsenobenzoli agirebbero direttamente sul sistema simpatico centrale, riuscendo così a determinare quella caratteristica simmetria delle lesioni proprie delle forme purpuriche (Castex, Majocchi).

Bisogna inoltre tener presente che nella intossicazione da arsenobenzoli il tessuto più colpito è il sangue; si produce una vera e propria deglobulizzazione con diminuzione del tasso emoglobinico e distruzione dei globuli bianchi, specialmente di quelli a nucleo polimorfo, che possono perfino scomparire, e con ciò quindi i segni anche di una lesione profonda del midollo osseo (Panmielotisi di Frank).

Anatomopatologicamente, oltre alle emorragie cutanee, delle mucose interne ed esterne e di tutti i visceri, si hanno versamenti sieroematici nella cavità cranica, addominale e pleurica.

Istologicamente Majocchi ha messo in luce che le emorragie che si producono numerosissime più specialmente nei polmoni, cuore, reni e milza, sono accompagnate da alterazioni dell'intima, sovrattutto delle piccole arterie, nelle quali egli ebbe a riscontrare il distacco della medesima. Il tossico altererebbe così non solo il sangue nei suoi elementi morfologici e nelle sue proprietà biochimiche, ma avrebbe pure una attività istolitica sui vasi determinandone la rottura con i conseguenti stravasi sanguigni.

Dopo avere brevemente riassunto la fisionomia etiologica, clinica e fisiopatologica delle sindromi emorragiche post-arsenobenzoliche, credo non inutile portarvi un modesto contributo, descrivendone un caso osservato in Sezione nel Marzo u. s.

R. M., di anni 36, casalinga. Negli antecedenti famigliari è da segnalare che il padre era un forte bevitore. Non ebbe a soffrire nella infanzia se non i comuni esantemi.

Mestruata a 14 anni i periodi sono stati sempre regolari per quantità e qualità, lievemente anticipati per intercorrenza. Si maritò a 22 anni e dopo un anno partorì una bambina, attualmente vivente che presenta uno strabismo convergente all'occhio sinistro. Il marito della paziente è sifilitico, sembra, da epoca anteriore al matrimonio.

Nel 1922 ebbe evidenti manifestazioni sifilitiche alla bocca, e, successivamente, dolori con esacerbazioni notturne agli arti inferiori e alle regioni lombo-sacrali, cefalea, miastenia.

Tuttavia non volle consultare alcun sanitario nè fare cura specifica, e si presentò, soltanto dopo vive insistenze del marito, al nostro ambulatorio, il 13 Gennaio 1925. Riscontratala affetta da placche erose alle labbra e da caratteristica poliadenopatia le venne prescritto un trattamento con sulfoarsenolo per via endovenosa.

La cura ebbe inizio il 15 Gennaio, e mentre le prime iniezioni furono praticate con intervallo di 4 o 5 giorni, le successive vennero distanziate fino a 6-7 giorni. Colla terza (18 cgr.) ella avvertì cefalea e malessere dopo circa nove ore; disturbi però che si dileguarono totalmente verso la mattina seguente. Le successive produssero fenomeni simili, ma più intensi accompagnati da febbre lieve e qualche volta da nausee e vomiti. La settima (cgr. 48) le venne praticata il 4 Marzo alle ore 9 1/2 di mattina. Dopo circa un'ora ella accusò forte cefalea, malessere, nausea, senso di irrequietezza, brividi di freddo seguiti da intensa sensazione di calore e di sete.

Il giorno successivo sembrò migliorare alquanto, tanto che ella si alzò da letto per attendere alle faccende domestiche.

Aveva tuttavia notato nella mattina che la sua saliva era commista a sangue, cosa alla quale non aveva data soverchia importanza. Durante la giornata la quantità di sangue, che fuoriusciva dalle gengive, si fece assai più abbondante e la mestruazione, che si era nel frattempo iniziata, assunse l'abbondanza di una vera metrorragia. Nella notte successiva le emorragie persistettero violente, tanto che il giorno 6 la paziente ritornò al nostro ambulatorio assai allarmata per questi fenomeni.

Esame obbiettivo. — Giovane bene costituita scheletricamente, piuttosto magra, con tegumento cutaneo e mucose visibili assai pallide. Sulla cute di tutto il corpo si vedono numerosissimi elementi purpurici, gli uni a macchie grandi nettamente delimitate ed in numero scarso agli arti superiori ed al tronco, gli altri assai piccoli e numerosissimi agli arti inferiori, specialmente alle regioni del collo del piede.

Accanto a queste emorragie cutanee si osservano delle larghe ecchimosi, alcune agli arti inferiori ed una al dorso della mano destra. Sulla mucosa delle labbra e della lingua si vedono 8-12 lesioni consimili alle suddescritte che assumono un aspetto papuloso, o meglio, per la loro superficie irregolare e per il loro colorito bruno vinoso, moriforme. Le mucose del velo pendolo e delle guancie presentano larghe chiazze ecchimotiche taluna allungata a vibice, altre a contorni irregolari. Dalle gengive tumefatte si osserva un continuo stillicidio sanguigno che dà profonda noia all'ammalata che ad ogni tratto sputa abbondanti quantità di saliva commista a sangue.

Il cuore, nei limiti normali, ha toni un po' ottusi specialmente alla base. Il polso è frequente (84) e piuttosto piccolo. Nulla di notevole si osserva a carico dell'apparecchio respiratorio, digerente e del sistema nervoso.

Nelle urine, scarse e fortemente pigmentate, non si osserva alcun elemento patologico, tranne qualche scarso globulo rosso nel sedimento.

Non fu, per ovvie ragioni, praticato l'esame ginecologico.

Riflesso oculo-cardiaco assente.

Esame del sangue. — Ricerca della coagulazione ematica: procedimento dei vetrini, tempo di coagulazione dai 20' ai 25'.

Prova pel tempo di sanguinazione di Dukes: 7'-8'.

Coagulo poco reatrattile: siero piuttosto pigmentato.

Globuli rossi: 3,200,000; globuli bianchi 3500.

Formula leucocitaria: leucociti polinucleati neutrofili 58%; leucociti polinucleati eosinofili 1%; linfociti 14%; grandi mononucleati 3%; medi mononucleati 22 %; forme di passaggio 2 %.

Non si osservano eritroblasti o mielociti, nè aniso o poichilocitosi.

Emoglobina, col metodo Boehringer, 80 %.

Ricerca della resistenza globulare colle emazie deplasmatizzate: H=52.

Prescrissi una soluzione di cloruro di calcio e colluttori di acqua ossigenata diluita al terzo, alimentazione con gelatina e latte, riposo.

L'ammalata fortunatamente ebbe un rapido miglioramento tanto che dopo tre giorni ritornava al nostro ambulatorio quasi ristabilita. Le gengivorragie erano completamente cessate il giorno dopo la prima visita e le macchie purpuriche andavano impallidendo. Nessun altro fenomeno si determinò in seguito e la cura specifica venne ripresa più tardi con iniezioni bismutiche.

Questa rara complicanza, che per fortuna non ebbe l'esito sfortunato osservato da parecchi AA., porge il destro a qualche considerazione. Anzitutto nel nostro caso manca è vero quella, dirò così, tendenza emorragica quale epistassi, mestruazioni abbondanti, ecc., espressione di una emofilia frustra; ma esistono tuttavia due elementi da tener presenti: il sesso e i precedenti del padre, il quale era un alcoolista e verosimilmente un epatopaziente.

La sindrome presentatasi nel suo quadro generale si limitò ad emorragie delle mucose e cutanee, e per quanto a prima vista impressionante, andò in breve a guarigione, senza presentare quelle recidive e riprese, spesso gravissime, di fenomeni tossiemici, che di abitudine in casi gravi si osservano.

Le alterazioni della crasi sanguigna si ridussero ad una diminuzione della coagulabilità ematica (il tempo normale col procedimento dei vetrini è da 10' a 15' e col procedimento di Dukes è di 2 1/2' a 3 1/2; per contro i miei tempi furono rispettivamente 20'-25': 7'-8') e ad una leggera fragilità globulare. Non vi è stata inversione della formola leucocitaria.

Indubbiamente nel caso da me osservato la causa diretta della sindrome emorragica si deve ricercare nel sulfarsenolo, il quale è stato, forse un po' leggermente, considerato uno dei più innocui medicamenti arsenicali usati per via endovenosa. Oltre alle gravi crisi nitritoidi ed altre azioni patologiche osservate da Monpellier; Mariani, Porcelli, Riva, ecc., oltre a casi addirittura mortali sopravvenuti dopo una semplice iniezione per via intramuscolare (Petges, Muniagurria) anche Rabut e Aury hanno considerato questo preparato come uno di quelli che più frequentemente cagionano sindromi emorragiche.

È pur vero che l'organismo su cui esso agiva era nel mio caso originariamente sensibile ed intollerante. Infatti qualche accenno a fenomeni di intolleranza si ebbe fin dalle prime iniezioni, ma i sintomi furono così lievi (febbre poco elevata accompagnata da malessere generale più o meno intenso e fugace) che non vi si diede grande importanza. D'altra parte è difficile di poter giudicare se i lievi malesseri presentatisi durante una cura arsenobenzolica siano da attribuirsi piuttosto a fatti di intolleranza passeggera, che possa in seguito cessare completamente, oppure rappresentino un vero e proprio sintomo di intossicazione. Sarebbe pur utile che esistessero dei metodi i quali svelandoci le reattività organiche tossiche dei singoli individui ci mettessero in condizioni di poter prevedere gli stati di ipersensibilità degli organismi mettendoci così al riparo da queste complicanze; tra cui la sindrome emorragica indubbiamente non è delle più lievi. Per ora bisogna limitarci a talune valutazioni preventive e bisogna quindi ricercare, per quanto riguarda una eventuale tendenza emorragica, speciali fattori, in primo tempo tenendo conto se nella anamnesi famigliare vi siano antecedenti emorragici specialmente dalla via materna, se l'individuo da sottoporsi a cura arsenobenzolica abbia avuto tendenze ad emorragie per il passato, se sia un epatopaziente o discenda da genitori affetti da malattie epatiche. Sarebbe anche utile praticare le ricerche ematologiche per conoscere se vi siano segni di insufficienza emoclasica, e quindi studiare la coagulazione *in vitro*, che può avvenire in un tempo maggiore del normale, vedere se il coagulo è retrattile o meno, se il siero è ipercolemico, se vi ha infine diminuzione di ematoblasti.

Praticamente un criterio abbastanza esatto che, secondo Emile Weil e Isch-Wall, sarebbe pressochè infallibile onde prevedere e quindi prevenire gli incidenti emorragici è dato dal tempo di sanguinazione che è accresciuto di poco negli epatopazienti e notevolmente invece negli emofilici. Per la tecnica si potrà seguire, come fu da me fatto, quella data da Dukes o quella indicata dai suddetti autori che però differiscono assai di poco l'una dall'altra.

È opportuno ripetere la ricerca parecchie volte nella giornata.

Un altro indice potrebbe venire fornito dalla determinazione del potere precipitante sul siero

di sangue praticato, nel modo che abbiamo precedentemente accennato, da Férrond e Wydooghe, in confronto a dosi crescenti di soluzione acquosa di sulfarsenolo. Devo però dire che tale metodo non mi corrispose, ma ciò può anche dipendere dal fatto che essendone venuto a conoscenza tardivamente, lo sperimentai nella mia paziente quando i fenomeni emorragici erano quasi totalmente scomparsi. Aggiungerò infine che naturalmente è necessario durante il trattamento arsenobenzolico di osservare se compaiano fatti emorragici, anche lievissimi, per sospenderlo immediatamente se ciò per avventura accadesse.

Il trattamento di siffatta complicanza deve necessariamente essere quello proprio degli stati emorragici in generale. Férrond e Wydooghe hanno avuto risultati soddisfacenti col peptone di Witt al 5 % in soluzione fisiologica e dalla emoplastina Parke (Davis). Per Weill e Isch-Wall giova assai l'emoterapia sottocutanea nei casi leggeri. Essi ricorsero nei casi gravi alla trasfusione sanguigna (200-300 cmc.) e usano pure l'adrenalina per via orale.

Nel mio caso ebbi a lodarmi dell'uso del cloruro di calcio il quale, se il caso avesse presentato particolare urgenza, poteva essere iniettato per via endovenosa, e dei cluttori di acqua ossigenata diluita nonchè della dieta gelatinata.

BIBLIOGRAFIA.

WEIL et WALL. *Les états hémorr. post. arsen.* Presse médicale, n. 60, pag. 657, 1923.
CHATELLIER. *Purpura arsenobénz. avec stomatorragie mortelle.* Bull. Soc. Franc. dermat., n. 1, pag. 51, 1923.
RABUT et AURY. *Les pupura au cours des intoxications par le novoarsenobenzol.* Presse médicale, n. 75, pag. 810, anno 1922.
FORAND-NICAUD et FORMENT. *Sindrome hémorragipare et purpurique par arsénobenzol.* Bull. Soc. méd. des hôp. de Paris, n. 26, 1922.
CALLOMON. *Purpura haemorragica nach Neosalvarsan behandhung Dermatol.* Woch., n. 49, pag. 1197, 1922.
MAJOCCHI. Giornale Italiano di dermat. e sifilologia, fasc. II, aprile 1925, pag. 533.

STORIA DELLA MEDICINA

Maurizio Bufalini.

Di MAURIZIO BUFALINI si deve parlare ai giovani medici, ora che Cesena si prepara a degnamente commemorarlo.

Nacque da padre medico fiorentino a Cesena il 4 giugno 1787 e morì a Firenze il 31 marzo 1875. Iniziò gli studi medici a Rimini con Michele Rosa insigne maestro di fisiologia a Pavia e di Clinica medica a Modena. Passò poi a Bologna ove era il Testa e qui compì gli studi universitari. Fu per breve tempo a Pavia ove molto lo interessò lo Scarpa e a Milano ove dominava il Rasori.

La teorica insegnata allora nelle scuole d'Italia era la Browniana riformata dal Rasori, dal Rubini, dal Bondioli, dal Fanzago, dal Guani e da ultimo dal Tomassini.

Gli ammaestramenti, quasi esclusivamente teorici, erano ipotetici, assolutamente erronei. S'insegnava che una forza appartenente a ciascuno dei tessuti ed organi era essenzialmente identica in tutti e nello stesso tempo in ognuno di essi modificata, che vuol dire non più identica a se stessa in tutti i tessuti ed organi.

Il Brown chiamò una e indivisibile la sua eccitabilità riferendo cotesta sua idea non ad un ente reale ma astratto, dividendo poi le malattie in relazione all'aumentato e diminuito eccitamento. Il Brown stesso riguardava tutti gli agenti di fuori come forniti di virtù stimolativa e pensava che una soverchia eccedenza dell'azione dello stimolo originasse la debolezza indiretta. Il Rasori combattè codesta idea conoscendo il fatto che esistevano agenti acconci per se stessi a diminuire o distruggere le prerogative vitali dei tessuti e degli organi, ma questo fatto assurdamente egli attribuì ad azione esercitata soltanto sull'eccitabilità.

Il Bondioli aggiunse la dottrina della forma morbosa, il Fansago quella della condizione patologica, il Testa, in un suo famoso libro, parlò delle azioni e delle reazioni organiche, ma sempre in maniera astratta.

Le scuole di medicina non raccoglievano che ipotetiche e false teoriche e l'insegnamento si faceva più per isfoggio di saper filosofico che per vero soccorso alla languente umanità.

Il Bufalini alla scuola empirica-sperimentale del Rosa apprese che le condizioni morbose s'intendono non solo per le qualità sensibili degli organi alterati ma eziandio per le ricerche anatomiche, chimiche e microscopico-patologiche e nel *Saggio sulla dottrina della vita* egli espresse coteste idee che furon poi il programma del suo celebrato insegnamento.

A Bologna, dove per due anni fu aiuto di Clinica medica e dettò lezioni in luogo di professori

assenti o malati; a Firenze ove per 35 anni resse la Clinica, divulgò a tutto il mondo scientifico il suo metodo sperimentale.

« Ho fatto sempre grandissimo conto, egli scrive, di considerare il malato così fisiologicamente che patologicamente perciocchè in esso coesiste un essere fisiologico e patologico. E quando ho voluto cercare nuove pertinenze delle malattie non ho accolto mai alcun preconcetto teorico se non per cercare se era possibile di verificarlo colla diretta osservazione dei fatti ».

L'esame delle teorie del Brown e dei riformatori italiani dal Rasori al Tomassini gli fecero, giovanissimo, rifulgere dinnanzi alla mente, come egli stesso dice, un raggio di sole che rivelò al suo intelletto gli errori fondamentali di tali teorie. Il metodo sperimentale non poteva essere strettamente unito allo speculativo e dommatico, nè la mente del Bufalini si prestava ai così detti ragionamenti *a priori*.

Egli voleva investigare la ragione profonda di tutte le cose. I suoi primi studi furono di filosofia sotto la guida del Rosa. Le opere del Locke maggiormente interessarono e impressionarono la sua vigorosa mente giovanile. Egli meditò col padre spirituale dei novatori, seguace e consigliere di Guglielmo d'Orange, che lasciando da parte i problemi della metafisica, concentrava i suoi sforzi a risolvere la questione preliminare dei limiti e del valore della conoscenza. Scrisse sulla storia dell'intelligenza indagando donde originino le idee e porse i fondamenti del metodo critico destinato poi a svilupparsi con tanta compiutezza nelle mani di Kant.

Delle opere del Condillac che studiò con amore insieme a quelle del Locke fece il Bufalini un accuratissimo estratto e confessa che tanto fu colpito dallo sperimentale addottrinamento di quelle opere che fin d'allora intravide la necessità di seguire la sola via sperimentale.

Il mio grande maestro, Augusto Murri, sentii replicate volte parlare con grande venerazione del Bufalini perch'egli lo considera come un antiveggente, come il creatore della clinica moderna.

Sebbene nel campo etiologico allora si brancolasse nel buio, pure il Bufalini aveva avuta l'esatta visione che non le disquisizioni filosofiche, ma il terreno pratico dovea esser quello ove si dovea cercar la verità.

Anche oggi ci dibattiamo fra enormi incertezze. Scoperti i microorganismi patogeni si credette acquistata ormai l'esatta conoscenza delle malattie per tutto il grande gruppo infettivo, e per le non infettive si corse alla ricerca minuziosa di ogni possibile agente.

Ma tuttociò non fu sufficiente. Bisogna studiare tutti i terreni organici. Malati e non malattie esistono, diceva il mio maestro.

Tutti i fattori costituzionali, morfologici, ereditari, funzionali ed ogni altro fattore noto ed ignoto danno la malattia e ne modificano il carattere. Ciascun organismo ha una personalità sua propria (disse giustamente il Maragliano nel suo discorso all'ultimo congresso di Roma) che imprime un carattere personale alla sua struttura, alle sue funzioni, alla sua resistenza agli agenti morbosi, che influisce sul modo di vivere e di informare, qualunque sia l'agente morboso che lo insidia, qualunque sia l'organo colpito.

Si ritorna quasi ad una forma di Neovitalismo che sembrava tramontata.

Io non ammetto che le cognizioni dei fatti, disse, ripetè e scrisse Maurizio Bufalini fin dal 1813!! ed informò tutta la sua lunga esistenza a cotesto elementare principio.

Fu uomo di altissime virtù famigliari e sociali. Massimo d'Azeglio sintetizza il Bufalini in una lettera che gli dirigeva da Torino il 3 maggio 1858: « Signor professore carissimo, la sua amicizia è fra le cose più care ch'io abbia al mondo... Chi legge le sue opere, ancorchè non la conosca da vicino deve sempre dire: l'Autore è un gran galantuomo ».

Cesenati! andate superbi d'aver dato i natali a Maurizio Bufalini, esaltate ed imitate o Italiani le sue grandi virtù.

Dott. TULLIO CECCHETELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Studio clinico sui segni delle lesioni piramidali.

(J. RUSSETZKI. *Gaz. des hôpitaux*, n. 74, 1925).

1). *Territorio recettivo del riflesso di Babinski e del riflesso patologico di flessione delle dita del piede.* — Le emiplegie cerebrali paragonate con le paraplegie spinali presentano per il riflesso dell'estensione una zona reflessogena assai più ristretta, limitata ai segmenti sacrali, mentre detta zona si estende nelle paralisi spinali a più numerosi e più alti segmenti. Fanno eccezione le lesioni talamiche che si accompagnano a eccitabilità aumentata. Il grado della eccitabilità nel caso di paraplegie spinali diminuisce sulla superficie del corpo dal basso in alto: il punto più eccitabile è la parte della pianta del piede corrispondente al segmento S_1 (sec. lo schema di Déjerine). Assai eccitabile è la superficie cutanea esterna della gamba presso il tendine di Achille. Il segmento S_1 è assai variabile nei suoi punti per la reazione motrice, e talora si produce l'estensione per stimolo sulla superficie cutanea esterna del tendine di Achille, mentre non vi si riesce stimolando la pianta.

Il riflesso patologico di flessione delle dita si riscontra più frequentemente nella emiglegia cerebrale che nella paraplegia spinale. La emiplegia cerebrale offre un riflesso di flessione della dita crociato con un territorio recettivo corrispondente alla parte plantare del segmento S_1 dell'altro lato del corpo, mentre nei casi di paraplegia spinale si determina una flessione delle dita per stimolo della superficie interna della coscia dello stesso lato corrispondente al segmento L_{11}. Il riflesso di flessione crociata dell'emiplegia è assai più costante di quello delle paraplegie spinali. Così è possibile stabilire alcuni tratti caratteristici dei riflessi cutanei superiori (cerebrali) e di quelli inferiori (spinali).

Si può ricordare anche che nelle paraplegie spinali i riflessi detti di difesa si riscontrano sempre con un allargamento del territorio cutaneo recettivo per il riflesso d'estensione dell'alluce. In tutti i casi in cui si ha un riflesso di Schaeffer si può provocare estensione del dito e accorciamento della gamba, mentre l'inverso non si verifica costantemente. Gli stessi risultati si hanno per ciò che riguarda il riflesso di Oppenheim.

2). *Componenti del movimento riflesso e del coefficiente dell'eccitabilità spinale.* — Il riflesso plantare nella emiplegia cerebrale è accompagnato da movimenti associati della gamba o del braccio nel 10 per 100 dei casi, mentre questa associazione si verifica almeno nella metà dei casi delle paraplegie spinali. Lo studio comparativo delle lesioni della via piramidale nei vari piani del sistema nervoso si approfondisce con l'esame di una eccitazione prolungata del riflesso di estensione dell'alluce, cioè del « Babinski-tetano ». Stimolando per un certo tempo — 1 o 2 minuti — la pianta del piede con lo sfregamento di una spilla o del manico del martello da percussione si ottiene un Babinski-tetano che è caratteristico delle differenti lesioni. La durata è breve — 21'' in media — per la emiplegia, e prolungata — circa 2' — nella paraplegia. Al primo Babinski-tetano segue un periodo refrattario nel quale scompare l'estensione delle dita, poi segue un secondo tetano, e così di seguito. L'esame della relazione esistente tra il Babinski-tetano e i periodi refrattari dimostra la esistenza di due tipi principali di lesioni della via piramidale; un primo gruppo comprende i casi con periodo refrattario breve — 4-8 secondi in media — e con Babinski-tetano frequente, e un secondo gruppo in cui il periodo refrattario è precoce e dura più di 30''.

Le paraplegie spinali rientrano nel primo gruppo nell'80 per 100 dei casi, e le emiplegie cerebrali si riuniscono nel secondo gruppo nelle stesse proporzioni. I fatti citati sono indice del grado di eccitabilità delle cellule motrici delle corna anteriori del midollo spinale, che potrebbe esprimersi in misura numerica col rapporto:

$$\text{coefficiente dell'eccitabilità spinale} = \frac{\text{Babinski-tetano}}{\text{Periodo refrattario.}}$$

Nella maggior parte delle emiplegie cerebrali il coefficiente è inferiore all'unità (da 1/10 a 8/10), mentre nelle paraplegie spinali tale coefficiente è quasi sempre superiore all'unità.

3). *Metodi di sensibilizzazione del riflesso di Babinski e relazioni reciproche dei riflessi cutanei.* — Un esempio dei più semplici di sensibilizzazione del riflesso di estensione delle dita può essere un caso di paraplegia spinale (meningomielite) nel quale si otteneva per il passaggio di una spilla sulla superficie cutanea esterna del tendine di Achille una estensione dell'alluce persistente durante tutto il tempo del passaggio dell'ago fino al ginocchio. Il passaggio di una spilla in senso opposto non provocava il segno di Babinski prima del 3° inferiore della gamba. Lo sfregamento di una superficie cutanea per la recettività del Babinski-tetano sensibilizza nello stesso tempo i riflessi piramidali determinando la comparsa della estensione dell'alluce nei casi incerti, l'allargamento del territorio reflexogeno, e il rinforzo della

reazione motrice. Anche i riflessi detti di difesa compaiono o diventano più netti dopo una sensibilizzazione nei casi di emiplegia e di paraplegia.

Si è provocato anche *il trasporto dei sensibilizzatori.* Per esempio in un caso di emiplegia destra ad una sensibilizzazione della pianta se ne aggiungeva un'altra sul bordo esterno del tendine di Achille — territorio recettivo nel caso — lasciando a poco a poco la prima. Quindi è stato possibile determinare una estensione dell'alluce unendo alla 2ª sensibilizzazione un nuovo stimolo cutaneo applicato sul lato interno del tendine di Achille — tratto non reflessogeno prima della sensibilizzazione.

Sono stati saggiati anche altri mezzi di sensibilizzazione dei riflessi piramidali; la corrente galvanica di 10 milliampères, con inversione dei poli, per dieci volte, con elettrodi sulle piante, la faradizzazione, la vibrazione elettrica. Il miglior metodo di sensibilizzazione sembra la combinazione dello sfregamento prolungato col passaggio della corrente galvanica.

Tutti questi processi conducono allo studio delle relazioni esistenti tra riflessi cutanei superiori, cerebrali, ed inferiori, spinali. Si è già studiato (O. de Almeida, ecc.) il passaggio dal riflesso in estensione al riflesso in flessione. Spesso noi vediamo la flessione delle dita sostituita dalla estensione dopo 3-5 passaggi di una spilla. Il problema del senso contrario, la conversione del riflesso plantare normale o indifferente in riflesso di estensione è già dimostrato dai fatti indicati. Era comprensibile l'interesse dello studio ulteriore degli effetti di una applicazione simultanea di due stimoli a reazione motrice di senso contrario. Come esempio può essere dato un caso di emiplegia sinistra con territorio cutaneo generalizzato per l'estensione a sinistra, che presentava un riflesso crociato in flessione da destra a sinistra. Una eccitazione corta e una sensibilizzazione prolungata della pianta portata simultaneamente sui due lati determinarono un riflesso di Babinski sinistro e flessione destra. La sensibilizzazione della pianta destra e l'eccitazione breve a sinistra provocarono una estensione a sinistra (iperattività delle cellule proprie del nucleo del m. estensore dell'alluce). La sensibilizzazione a sinistra e la eccitazione corta a destra provocarono una flessione sinistra. Ma la sensibilizzazione ulteriore destra dava immediatamente dopo una estensione dell'alluce sinistro. Il piede destro presentava territori differenti del riflesso crociato: la pianta per la flessione e il dorso per la estensione delle dita sinistre. Uno stimolo leggero simultaneo in questi due tratti determinò una flessione a sinistra, uno stimolo più forte la estensione pure a sinistra.

Sembra, così, di assistere a una vera « battaglia di riflessi ».

A. PICCINELLI.

TERAPIA.

Tre casi di accidenti bulbari per la rachianestesia curati con l'iniezione endovenosa di adrenalina e olio canforato.

(COTTE e LATREILLE. *Lyon chirurgical*, n. 4, 1925).

Gli AA. su 250 rachianestesie hanno avuto tre volte accidenti bulbari, che guarirono perfettamente praticando un'iniezione di 2 mmgr. di adrenalina al ‰ e un cmc. di olio canforato.

Ricordata l'azione eroica della iniezione intracardiaca, di cui, con risultato buono, se ne sono serviti una volta, fanno rilevare come fin dal 1890 la via endovenosa sia stata usata, con ottimo successo, da Macquot su i conigli e da Crile due volte sull'uomo.

Gli AA. riferiscono 3 casi in cui la somministrazione del farmaco per via endovenosa rispose perfettamente.

Nel primo caso si trattava di un uomo di 70 anni che per ipertrofia prostatica era già stato sottoposto a rachianestesia. Persistendo la fistola urinaria si praticò una seconda rachianestesia. Dopo circa 20 minuti comparve il quadro sincopale. Fatta un'iniezione endovenosa di 2 milligrammi di adrenalina, il miglioramento fu molto lieve e transitorio tanto che nonostante l'iniezione endovenosa di 500 gr. di siero fisiologico adrenalizzato fu necessario praticare una seconda iniezione di adrenalina al ‰ dopo di che fu necessario, persistendo fenomeni allarmanti, iniettare un cmc. di olio canforato nelle vene.

Il polso tornò subito buono, i fatti sincopali scomparvero ed il paz. tornò in condizioni normali.

Nel secondo caso si trattava di una donna di 73 anni operata in rachian. per ernia strozzata da 48 ore. Nel momento che si toglie dal letto operatorio per portarla in corsia la p. presenta il quadro sincopale. Praticata subito una iniezione endovenosa di adrenalina con 1 cmc. d'olio canforato, le turbe sincopali scomparvero e la p. tornò in condizioni normali.

Il terzo caso si riferisce ad una donna di 49 anni operata di isterectomia in rachianestesia.

Nel momento che si passa la p. dalla posizione di Trendelenburg a quella orizzontale, si manifesta la sincope. Praticata l'iniezione endovenosa

di 2 cmc. di adrenalina e olio canforato, la p. guarì perfettamente.

Gli AA. fanno rilevare come la sincope si sia, nei 3 casi accennati, manifestata tutte le volte che i pazienti sono stati mossi dal letto operatorio o cambiata la posizione, in un periodo di tempo inferiore ai 20 minuti; di modo che sarebbe utile muovere i malati decorso questo periodo critico, di facilità maggiore alla sincope.

In tutti i casi l'iniezione endovenosa è stata praticata con 2 cmc. di soluzione d'adrenalina al ‰ e sempre si è constatato che 20 o 30 secondi dopo l'iniezione il polso che non era percepibile nè alla radiale, nè alla carotide, tornò percepibile prima lento poi più rapido dimodochè le pulsazioni erano percepibili a distanza. Il ritmo respiratorio si ristabilì secondariamente.

Toupet, facendo il rapporto fra l'iniezione intracardiaca d'adrenalina e l'endovenosa, fa rilevare come tale metodo di somministrazione sia poco logico, quando la circolazione è sospesa.

L'Ardenois invece dice che non si tratta di una sincope vera, ma che siano in giuoco delle turbe bulbari, meccaniche o tossiche, che si manifestano all'inizio con accidenti respiratori.

Il Tournade fa considerare come le iniezioni intra-cardiache di adrenalina spesso sono incostanti nella loro efficacia, poichè il medicamento introdotto nel cuore può determinare coaguiazioni endo-cardiache, dimodochè sarebbe opportuno iniettare un ante-coagulante con l'adrenalina.

Concludendo, gli AA. insistono sull'utilità dell'iniezione d'olio canforato, la quale renderebbe costante l'azione tonica dell'adrenalina, che altrimenti risulterebbe transitoria.

T. LAURENTI.

EPIDEMIOLOGIA.

Alcune questioni riguardanti la peste.

(B. J. LLOYD. *Jour. Am. Med. Ass.*, 5 sett. 1925)

L'epidemiologia della peste è un argomento assai vasto e richiede lo studio di una quantità di elementi dei quali ognuno ha il proprio valore

Non è per esempio accertato che, all'infuori dei topi, l'infezione non possa essere trasmessa da altri roditori. Data poi l'importanza degli insetti emofagi, parassiti degli animali e degli uomini e rappresentanti agenti trasmettitori intermedi, si sarebbe autorizzati a pensare che la peste non dovrebbe attecchire nei paesi civili, ove tali insetti sono sistematicamente distrutti.

Si può infine dire che, sebbene la peste pneumonica non abbia assunto in questi ultimi tempi un aspetto così pericoloso come la forma bubbonica, pure se ne sono avute delle vere e proprie epidemie, come è accaduto in Manciuria.

Dal punto di vista batteriologico la diagnosi è molto facile, e nella forma pneumonica è sufficiente l'esame dello sputo colorato alla tionina fenica. Anche il materiale estratto dai bubboni per aspirazione mostra la presenza del caratteristico bacillo, e non vi è pericolo di confonderlo con germi simiglianti. Se invece la puntura è eseguita dopo la morte, si possono trovare dei bacilli assai simili, ma non patogeni.

Il materiale sospetto ottenuto dai cadaveri o dai roditori va in parte seminato in palloni contenenti brodo alcalinizzato, e in parte inoculato nel peritoneo di una cavia. Se l'animale non muore nelle 24-48 ore successive si può escludere la peste. Se poi l'inoculazione vien fatta per via sottocutanea o per scarificazione della pelle, si dovrà attendere l'esito per 3-9 giorni.

Il metodo migliore per ottenere delle culture pure è però rappresentato dall'inoculazione attraverso la cute intatta. Per giudicare di tale purezza bisogna fare il trapianto in agar secco o in brodo. Sul primo si otterranno delle colonie col tipico aspetto rugiadoso; nel secondo poi le culture si svilupperanno senza intorbidare, sì che un intorbidamento che si verificasse dovrebbe far pensare ad inquinamenti. Nella osservazione microscopica non si dimenticherà poi che il germe può presentarsi sotto aspetti svariati, a causa del suo pleiomorfismo.

I tentativi di immunizzazione passiva per mezzo di siero antipestoso fresco non sono stati molto soddisfacenti, e il metodo rappresenta piuttosto una cura precoce che un procedimento profilattico. È pure tuttora incerto se possa riuscir utile l'iniezione di culture uccise, sebbene si possa in tal modo ottenere un relativo grado di immunità.

La cura è rappresentata fondamentalmente dall'uso di dosi generose di siero, che per l'adulto si aggirano fin dall'inizio intorno ad 80-100 cmc., somministrati a preferenza nelle vene. Successivamente si inietteranno ogni 24 ore almeno altri 40 cmc.

Durante un'epidemia del 1908-1909 all'Equatore l'A. potè fare al proposito le seguenti osservazioni. Nei pazienti di peste bubbonica non trattati col siero si ebbe circa il 60 % di mortalità, mentre in quelli trattati questa fu solo del 33 %, che si abbassò al 18-20 % se la cura era stata iniziata nelle prime 36 ore dalla comparsa della malattia.

Uno degli effetti più probativi della sieroterapia è rappresentato dall'azione benefica esercitata sulle donne gravide, molte delle quali non abortiscono.

Non è ancora ben stabilito quanto duri la validità del siero antipestoso; è in ogni modo prudente usare del siero molto fresco.

Dal punto di vista della profilassi è necessario che la quarantena delle navi che provengono da porti sospetti sia rigorosissima, e che, d'altro lato, i costruttori di navi si studino sempre più di fabbricare i loro bastimenti inaccessibili ai topi.

Sarà anche ottima misura sterminare gli altri roditori sospettati di essere veicoli dell'infezione, quali ad esempio gli scoiattoli, abbondantissimi in alcuni centri della California, ove la peste è endemica.

Anche nelle abitazioni terrestri si prenderanno le opportune misure di difesa contro l'invasione dei topi.

M. FABERI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Nouveau Traité de médecine, v. XIV. Un vol. in-8° di 580 pag., con 168 fig. e 7 tav. in colori, rilegato. Masson e C. ed. Parigi, 1925. Prezzo frs. 45.

Il presente volume del Nuovo trattato di medicina, diretto da Roger, Widal e Teissier, si occupa delle malattie intestinali. Trémolière e Caussade, vi trattano l'interessante e vasto tema della patologia dell'intestino, incominciando con i sintomi e le sindromi intestinali (costipazione, diarrea, emorragia, occlusioni, dispepsia) per passare poi alle infiammazioni (enteriti, coliti, appendiciti, tubercolosi e sifilide intestinale), alle ulceri, ai tumori ed alle affezioni diverse (enteroptosi, litiasi).

Altri temi trattati sono: le affezioni gastrointestinali del poppante (Nobécourt), i vermi intestinali (Joyeux), l'anchilostomiasi (Perroncito), la semeiologia delle feci (Gaultier) e la patologia del retto e del colon terminale.

A. P.

A. ROSSI. *Morfologia clinica e fisio-patologica del cuore*. Collana Manuali del « Policlinico ». Casa Editrice L. Pozzi. Roma, 1925. Prefazione del prof. LUIGI LUCATELLO. Prezzo L. 15.

Una succinta e chiara esposizione, secondo i moderni concetti delle due Scuole Padovane, di cui è allievo l'A., della morfologia clinica e della Fisio-patologia del cuore. Nella prima parte, dedicata alla morfologia, in 5 capitoli tratta delle dimensioni medie del cuore, della morfologia del cuore e tipi costituzionali, dei rapporti di volume tra cuore destro e cuore sinistro nei vari tipi costituzionali, dell'indice somatico della morfologia del cuore e del significato della morfologia clinica del cuore.

Nella seconda parte, fisio-patologia del miocardio, tratta in sette capitoli della dottrina della funzione cardiaca, delle nozioni fisiologiche sul tono del cuore, delle applicazioni cliniche della dottrina del tono del cuore, della legge del cuore, dei fenomeni elettrici della contrazione cardiaca, dei rapporti tra fenomeni elettrici e fenomeni meccanici della contrazione cardiaca e del valore clinico delle leggi cardiologiche. Chiude il volumetto di 123 pagine un elenco delle più importanti pubblicazioni (124 memorie) sui vari argomenti.

La sua lettura sarà molto utile ai medici e agli studiosi di cardiolologia, che desiderano essere informati sui due campi di indagine nei quali è versato l'autore, anche se non si convenga in tutte le sue conclusioni.

S. BAGLIONI.

Tubercolosi. Conferenze. Traduzione italiana di G. MAURO e L. LOLLINI. Vallardi, ed., Milano. L. 28.

Nel 1922 sono state tenute ad Aussig, per volere della società tedesca di Previdenza della tubercolosi, conferenze in serie con lo scopo di offrire ai medici una conoscenza aggiornata dei vari problemi che riguardano la tubercolosi. Le conferenze, per desiderio dei medici convenuti, furono pubblicate nel 1922 in tedesco, e nel 1924, sotto la direzione del prof. Devoto con note del prof. Vallardi, per opera dei dottori Mauro e Lollini, furono tradotte in italiano.

La raccolta delle conferenze non costituisce un trattato sulla tubercolosi: lo scopo è quello di fermare l'attenzione su una serie di problemi discussi e non risoluti e di fissare per bocca di uomini competenti le decisioni più accettabili del momento. E la scelta degli argomenti è stata felicissima: dalla etiologia all'anatomia patologica, alla clinica della tubercolosi polmonare, alla cura, dai particolari aspetti che la malattia assume nelle localizzazioni extrapolmonari, ai mezzi di prevenzione sociale, alle misure legislative, a me pare che nessun problema moderno è stato trascurato.

Lo svolgimento è sintetico quale si conveniva al tipo conferenze: ne guadagna la nettezza e lucidità delle conclusioni, non velate dalle eccessive citazioni e discussioni dei lunghi trattati specializzati. Dovrei enumerare tutti i capitoli ed invece cito qualche punto e qualche nome: genesi e anatomia della tubercolosi (O. Ghon), immunità della tubercolosi (O. Bail), la terapia, il pneumotorace artificiale, cura sanatoriale (Prilbram Trunk, Goth), tubercolosi e gravidanza (Wagner), tubercolosi e invalidi di guerra (Skutetsky), ecc.

Questo volume, che, come nota il Devoto, mostra lo spirito collaborazionista di valorosi insegnanti e lo sforzo di un piccolo paese per bene orientare l'opinione dei medici nella lotta contro la tubercolosi, meritava una eccezione nella giusta avversione alle sistematiche traduzioni di quanto si pubblica all'estero. Esso è un esempio ed un monito per noi: in molte scuole italiane corsi specializzati sono stati tenuti e forse non sarebbe stata opera inutile raccogliere e pubblicare le ottime conferenze, che hanno giovato, anche inadeguatamente, solo agli ascoltatori non numerosi; ma in Italia purtroppo ai migliori pesa la penna, e la letteratura medica si impoverisce ogni giorno di più!

T. PONTANO.

STEJSKAL K. *Neue terapeutische Wege.* Un vol. in-8° di 398 pag. J. Springer ed. Vienna, 1925. Prezzo Dollari 2.30.

Da non molti anni, nuovi metodi di terapia si sono introdotti e si sono brillantemente affermati. Uno di essi è l'osmoterapia, consistente nell'introduzione parenterale di soluzioni eterosmotiche, per lo più ipertoniche; l'altro che abbraccia un più largo campo è la proteino-, rispettivamente, la colloidoterapia. In complesso tali metodi consistono nell'introduzione parenterale di sostanze che, nel punto di entrata od in tutto l'organismo, alterano una delle più importanti costanti del corpo e del sangue, la pressione osmotica.

Di questi metodi, delle loro basi teoretiche e delle applicazioni (vaccino-, colloidoterapia) tratta ampiamente l'A., venendo alla conclusione che si tratta sempre di un eccitamento non già specifico per se stesso, ma tale che provoca nell'organismo uno stato specifico e porta ad una terapia attiva. Ed il medico pratico non deve trascurare questi nuovi indirizzi terapeutici che potranno dargli buoni risultati.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXII Congresso della Società italiana di Chirurgia.

(*Continuazione e fine*).

Seduta antimeridiana del 27 ottobre.

Presidenza: LEOTTA.

PARLAVECCHIO (Palermo). — *Dimostrazione di proiezioni.* — Proietta una serie di radiografie di ptosici gravi, in alcuni dei quali la grande curva gastrica è discesa nel piccolo bacino a livello della testa femorale. Descrive il proprio metodo di cura, consistente nel rialzare contemporaneamente stomaco, fegato ed eventualmente anche colon, nel praticare la gastroenterostomia e l'esclusione pilorica, e nell'arricciare lo stomaco allungato o dilatato.

LEONE (Palermo). — *Trapianti di trachea nelle estese interruzioni arteriose.* — Tentando sperimentalmente di riparare alla perdita di segmenti arteriosi più o meno estesi (carotide e aorte addominali di cani) mediante trapianti di trachee sia fresche che fissate ed imparaffinate, ha ottenuto con queste ultime 6 successi nell'aorta addominale, di cui due con trapianti di trachea di coniglio adulto, quattro con trachea di pollo. Presenta uno di questi cani, operato 3 mesi e 10 giorni fa, per sottoporlo alla vivisezione.

Discussione.

BATTAGLIA (Napoli). — Ritiene che in questi casi l'innesto non serve che a guidare, a favorire la riproduzione del tessuto dell'animale in cui si è praticato l'innesto.

SIMEONI (Napoli). — Ha eseguito e comunicato due anni fa alla Società, plastiche vasali con aponevrosi e con lembi peritoneali omo- ed autoplastici. Ha avuto un solo successo operatorio di omoplastica peritoneale, in cui potè constatare la pervietà del vaso e la trasformazione del lembo peritoneale a poco a poco invaso dai tessuti dell'arteria.

LEONE (*risp.*). — Ringrazia Battaglia e Simeoni per l'interesse preso alla sua comunicazione. Ritiene che il trapianto serva di guida e da sostegno alla neoformazione endoteliale da una parte e connettivo-muscolare dall'altra.

SIMEONI (Napoli). — *Il processo di riparazione nelle ferite delle arterie sottoposte a simpatectomia.* — Dai risultati ottenuti in alcune esperienze eseguite praticando, insieme alla simpatectomia periarteriosa ed in assenza di questa, la sutura di ferite longitudinali e trasversali dello stesso vaso (carotide e femorale), conclude che la simpatectomia non menoma il processo di riparazione nelle suture vasali. Quando nell'eseguire una simpaticectomia è avvenuto uno strappamento, la sutura è indicata.

DI GIOIA (Palermo). — *Influenza della simpaticectomia periarteriosa sulla funzione intestinale.* — Avendo praticato in cani di grossa taglia delle fistole alla Vella, facendo precedere in alcuni soggetti la simpaticectomia della mesenterica superiore, ed avendo saggiato dopo 20 giorni il secreto intestinale di questi animali, conclude che non si producono nel secreto suddetto modificazioni apprezzabili, per effetto della simpaticectomia e che per le fibre del simpatico perivasale non vengono trasmessi alla mucosa intestinale speciali stimoli secretori.

Discussione.

TINOZZI (Napoli). — Chiede se ha tenuto conto delle eventuali alterazioni del potere battericida del succo gastrico e della flora gastrointestinale in rapporto alla simpaticectomia periarteriosa.

DI GIOIA (*risp.*). — Dice che non intendeva studiare il contenuto batterico del succo enterico negli animali simpaticectomizzati e che per evitare l'influenza di tale fattore ha sempre adoperato soluzioni sterili, aggiungendo, come antifermentativo, del toluolo.

DEL TORTO (Napoli). — *Il lipoiodol sottoaracnoideo nella terapia del morbo di Pott.* — Riferisce su alcune osservazioni di morbo di Pott, in cui ha odoperato il Lipoiodol per iniezioni sotto-occipitali, ottenendo nei Pottici con paraplegia un arresto più o meno completo della massa opaca in corrispondenza della lesione, con consecutiva accentuata miglioria dei caratteristici dolori. Tale mezzo non costituisce quindi un vano lusso diagnostico, ma un buon coadiuvante terapeutico a cui si può ricorrere prima di iniziare il trattamento ortopedico.

GHIRON (Roma). — *Su due casi di tumori rari della mammella.* — Presenta un caso di endotelioma extravascolare o peritelioma della mammella della grandezza di un uovo di pollo in una donna di 71 a., che ne era portatrice da circa 5 anni, senza metastasi ghiandolari, ed un caso di cancro di Paget al capezzolo. Per la patogenesi di quest'ultima malattia l'O. ritiene che il punto di partenza sia l'epitelio dei dotti galattoferi, il cui sbocco è di solito riempito da detriti epiteliali, sudiciume, ecc., per la cui ripetuta irritazione si produrrebbe il cancro. La possibile esistenza lungo i dotti di vari centri di moltiplicazione neoplastica spiega i casi atipici con centri molteplici e apparentemente distinti di gemmazione neoplastica.

Discussione.

GARGANO (Napoli). — Ritiene che oggi non si possa più parlare di malattia del Paget, che non è che un volgare epitelioma di rivestimento canalicolare della mammella a decorso lento. Le cosidette cellule di Paget sono delle cavità contenenti detriti cellulari degenerati e sono in rapporto ad una speciale disposizione anatomica della regione in cui si svolge il blastoma.

GHIRON (*risp.*). — Il cancro di Paget è una entità morbosa come lo provano l'esistenza delle speciali cellule di Paget ed il fatto che è l'unico esempio della presenza di elementi di epitelio di rivestimento in un epitelioma alveolare a tipo scirroso.

PERACCHIA (Bari). — *Metabolismo basale nei trapianti testicolari.* — Avendo studiato il metabolismo basale in animali trattati con trapianto testicolare ed avendo osservato un aumento transitorio del medesimo, in coincidenza dei pur transitori mutamenti somatici, conclude che il ricambio basale è il primo a segnare i mutamenti che avvengono in un organismo sottoposto all'omotrapianto, ed è il primo a segnarne la scomparsa, e che, data la temporaneità dell'azione rivitalizzante di questi pretesi trapianti che si trasformano sempre in tessuto cicatriziale, si debba piuttosto parlare di semplice affrontamento dei tessuti.

PANDOLFINI (Roma). — *Le modificazioni secondarie dei caratteri sessuali nel pseudoermafroditismo maschile in seguito ad ectomia testicolare.* — Ha studiato le modificazioni dei caratteri sessuali secondarî in due casi di pseudoermafroditismo maschile familiare, in seguito a castrazione bilaterale, estendendo tali ricerche ad altri quattro casi analoghi. L'O. fa delle considerazioni di embriologia ed accenna ai rapporti tra pseudoermafroditismo (e quindi criptoschidismo) ed i disturbi di secrezione interna.

ZAPELLONI (Anagni). — *Frattura dell'atlante. Asportazione in anestesia locale del semianello spostato. Guarigione.* — Riferisce di aver praticato in anestesia locale, in un vecchio di 74 a., che aveva riportato 20 giorni prima la frattura dell'atlante (sintomi: dolore intenso alla nuca, fissità del capo in rotazione destra di 90° e in leggera flessione), l'asportazione del tratto di semianello posteriore isolato dalla frattura e che era compreso tra il forame destro dell'a. vertebrale e l'apofisi spinosa, non essendo riuscito, nè in maniera incruenta nè durante l'atto operativo, a ridurre il segmento fratturato. Guarigione.

Discussione.

PARLAVECCHIO (Palermo). — In un caso analogo da lui osservato ed in cui non potè essere fatta la radiografia, egli eseguì caute manovre di riduzione ed applicò trazione con pesi. Guarigione completa contro ogni aspettativa. Probabilmente si trattava di semplice lussazione dell'osso, con ematoma.

ZAPELLONI (*risp.*). — Replica facendo notare la differenza tra i due casi.

LUSSANA (Ivrea). — *Piano operatorio e via di accesso negli interventi per viziate consolidazioni di fratture e per lussazioni inveterate del gomito.* — Espone brevemente tre casi operati con i risultati ottenuti. Da essi viene alle conclusioni ri-

guardanti il tipo di intervento da adottare e l'incisione migliore nei singoli casi. L'O. fra tutte raccomanda l'impiego della via posteriore transolecranica nella riduzione delle lussazioni posteriori inveterate del gomito.

PARLAVECCHIO (Palermo). — *Grave sventramento intratoracico sinistro, guarito con l'intervento.* — In un grave sventramento diaframmatico sinistro, antico, l'O., con il taglio di Rydigyer, aprì il torace, ridusse alcuni visceri addominali, suturò il diaframma con due piani di punti in catgut ottenendo la guarigione.

MERLINI (Torino). — *Ricerche sperimentali sull'osteomielite da b. coli.* — L'O. introducendo negli animali il colibacillo, per via endoperitoneale, non ha mai potuto riprodurre l'osteomielite che ha potuto invece ottenere, inoculando per via endovenosa (solo però nei casi in cui fu schiacciata o fratturata la metaspifisi) ovvero direttamente nel cavo midollare. Riconferma quindi la scarsa elettività patogena del b. coli per il tessuto osseo.

MÜLLER (Padova). — *Contributo clinico allo studio della autoemoterapia.* — In 15 casi di forme settiche trattati con l'autoemoterapia, ha ottenuto buoni risultati solo nei casi di foruncolosi, mediocri negli altri. A tale terapia l'organismo reagisce in maniera da far pensare ad uno shock emoclasico.

MÜLLER e GALLI (Padova). — *Azione battericida dei raggi ultravioletti attraverso i tessuti.* — L'azione battericida dei raggi ultravioletti si manifesta per quanto più attenuata anche attraverso la cute e la muscolatura della parete addominale di una cavia, mentre il peritoneo ostacola tale azione tanto da concludere per una quasi completa neutralizzazione.

PIERI (Belluno). *Contributo alla cura della tubercolosi osteoarticolare fistolizzata col metodo Solieri.* — Su 12 lesioni tubercolari fistolizzate trattate con il metodo Solieri (immobilizzazione con apparecchio gessato chiuso da rinnovarsi a scadenza la più lunga possibile) ha avuto un insuccesso ed 11 guarigioni.

Discussione.

CAPPELLI (Ancona). — Ritiene che, quando esiste l'indicazione, anche il mezzo dell'immobilizzazione con l'apparecchio chiuso (di cui si serve da lungo tempo nella tubercolosi fistolizzata) possa dare buoni risultati, ma essa non deve essere elevata a sistema.

SOLIERI. (Forlì). — Ringrazia il prof. Pieri Accenna al meccanismo di guarigione delle lesioni trattate con il metodo in discussione e riferisce di avere ottenuto ottimi risultati applicandolo in tre casi di tubercolosi articolari chiuse, rese aperte, incidendone gli ascessi.

MARAGLIANO (Genova). — Ritiene che il metodo Solieri possa dimostrare una certa influenza benefica nelle forme di tubercolosi vicine all'esaurimento, mentre in quelle floride questa influenza è dubbia.

MAMBRINI (Mantova). — In due casi di tubercolosi fistolizzate del ginocchio ha ottenuto, con il metodo Solieri, un rapido avviamento alla guarizione.

CHIAROLANZA (Napoli). — Avendo esperimentato il metodo Solieri, di cui cita un insuccesso, ritiene che sia prudente di non avanzare conclusioni, ma di raccogliere e precisare le osservazioni, per non determinare false interpretazioni.

F. ROSSI (Aquila). — Ha visto guarire la tubercolosi ossea con svariatissimi metodi e ritiene che più che dovuta ad una speciale facoltà curativa del metodo Solieri, la guarigione si deve considerare come la fine spontanea della malattia dopo la fistolizzazione, che è l'ultimo grado della malattia.

CALANDRA (Palermo). — Pur essendo stato un sostenitore del metodo Solieri al congresso di Firenze, oggi, in seguito ad ulteriori applicazioni, ritiene che i risultati che si ottengono con esso siano paragonabili a quelli che fornisce l'elioterapia ed il riposo, e che la sua applicazione sia dannosa nelle forme miste febbrili. Mette poi in guardia contro il fatto che molti casi di tubercolosi chirurgiche, apparentemente guarite in estate, recidivano nella primavera successiva.

DONATI (Padova). — Ritiene che il metodo Solieri (che egli ha applicato nella sua clinica in 12 casi) non costituisce un progresso, ma solo un applicazione, negli individui che non possono approfittare delle stazioni climatiche, dei principii comunemente adottati nella terapia della tubercolosi chirurgica. Ritiene anzi che il bendaggio gessato debba essere cambiato spesso per non vederlo macerare insieme con i tessuti sottostanti.

MAGRASSI (Brescia). — Numerosi casi di forme fistolizzate, già curate per lungo tempo con apparecchi immobilizzanti, sono guariti perfettamente, con il riposo e la cura d'aria e di sole, nel suo Istituto Elioterapico di Desenzano. Fa voti perchè la Società di Chirurgia presti la sua opera alla creazione di speciali Istituti, ove possano opportunamente, venire curati, i malati di tubercolosi chirurgica.

GALEAZZI (Milano). — Ritiene che il metodo Solieri non sia da applicarsi in tutte le forme di tubercolosi osteo-articolari fistolizzate, di cui distingue varie categorie, indicando in quali di esse sia opportuno il metodo Solieri.

SOLIERI (Forlì). — Al prof. Donati legge un periodo della sua comunicazione al Congresso di Napoli, dal quale appare che il suo metodo non fu presentato in opposizione alla elioterapia, alla talassoterapia, ecc., al prof. Galeazzi fa notare che ha guarito con l'immobilizzazione chiusa casi già giudicati, in istituti ortopedici, solo passibili di amputazione.

CAPECCHI. — L'O. ha guarito perfettamente col metodo Solieri, tre casi, di cui uno gravissimo. Quanto all'efficacia del metodo ha molta importanza l'autovaccinazione.

PIERI (*risp.*). — Non risponde dettagliatamente

agli OO. perchè ha soltanto voluto riferire i risultati da lui ottenuti. Quanto all'obbiezione che le forme fistolizzate guariscono tanto con il metodo Solieri, quanto con gli altri metodi segnala i seguenti vantaggi del primo: 1) possibilità della cura ambulatoria; 2) perfezione dell'immobilizzazione; 3) risparmio per il malato, di spesa e di dolore, per il chirurgo di tempo.

CHIARIELLO (Napoli). — *Contributo alla conoscenza di alcune forme di pseudoartriti croniche.* — Richiama l'attenzione sulle pseudortriti croniche consecutive ad iniezioni periarticolari di paraffina (praticate per ragioni di servizio militare, di assicurazioni, ecc.), di cui illustra la sintomatologia clinica e la cura.

DE GAETANO (Napoli). — *Trapianti tendinei nelle paralisi definitive del n. radiale. Ulteriore contributo e risultati a distanza.* — A due casi di trapianti tendinei per paralisi del n. radiale, seguiti da successo e comunicati nel 1922 in altra Società, aggiunge ora altri due casi, il cui risultato è stato ugualmente soddisfacente. Egli, anzi contrariamente a quanto si ritiene in alcuni paesi, come in Francia, può assicurare che i risultati a distanza sono migliori di quelli immediati. Termina fornendo le direttive fondamentali da seguire nel praticare tali trapianti.

Discussione.

CAPPELLI (Ancona). — Domanda perchè non fu tentata la sutura diretta del n. radiale, dato che il trapianto deve essere riservato ai casi in cui non è applicabile la sutura nervosa.

Seduta del 27 ottobre (ore 15).
Presidenza: ALESSANDRI.

GALEAZZI (Milano). — *Contributo alla cura delle fratture dell'estremità superiore dell'omero.* — Riferisce tre casi di frattura dell'estremo superiore dell'omero complicata da lussazione, curate in modi diversi, concludendo che, salvo i casi in cui sia giustificato un tentativo di riduzione incruenta, il metodo migliore, nei casi recenti, sia la riduzione cruenta immediata.

Discussione.

P. BASTIANELLI (S. Giovanni Valdarno). — In due casi di frattura del collo chirurgico dell'omero e lussazione sottoclavicolare della testa omerale, ha praticato cruentemente la riduzione, ottenendone la riduzione senza bisogno di sutura metallica.

CHIAROLANZA (Napoli). — Ritiene che nelle lussazioni dell'omero complicate da frattura, in primo tempo si possa, magari sotto narcosi, ottenere incruentemente la riduzione. Nei casi inveterati si può tentare la riduzione cruenta, e ove questa non riesca ricorrere all'asportazione della testa omerale.

DE GAETANO (Napoli). — Voleva dire quanto ha detto già il Chiarolanza; aggiunge solo che in tali lesioni in primo tempo, ove non si riesca a ridurre sotto narcosi, si interverrà cruentemente, mentre in secondo tempo è bene astenersi da inutili tentativi incruenti.

CATTERINA (Genova). — Prega i colleghi, i quali interverranno nelle fratture del collo dell'omero con lussazione, di adoperare il suo metodo di resezione dell'articolazione della spalla, che ha trovato anche all'estero larghe applicazioni.

GALEAZZI (*risp.*). — Ringrazia i colleghi, osservando come era sua intenzione di persuaderli a procedere alla riduzione cruenta anche nei casi inveterati di quelle lesioni; consigliando di non insistere nei tentativi di riduzione incruenta. Riconosce l'utilità del metodo Catterina.

GIANTURCO (Potenza). — *Un nuovo apparecchio per le fratture delle ossa lunghe dell'arto inferiore.* — Presenta un apparecchio per le fratture delle ossa lunghe dell'arto inferiore che rappresenta una modificazione migliorata della stecca di Thomas.

CALANDRA (Palermo). — *Quale deve essere il trattamento chirurgico della coxa vara.* — Esso consiste in un artrotomia curvilinea a concavità interna dividente in due parti la regione trocanterica raggiunta mediante un taglio anteriore.

Discussione.

GALEAZZI (Milano). — Dubita che la tecnica proposta da Calandra possa riuscire migliore di quella del Codivilla.

CAMERA (Torino). — Il metodo Codivilla, sebbene ideale, è difficilmente attuabile; buoni risultati funzionali sono facilmente raggiunti con lo impianto in basso del gran trocantere, insieme con le inserzioni dei glutei (m. e p.) sulle diafisi femorale.

CALANDRA (*risp.*). — Ritiene giusta l'osservazione del prof. Galeazzi per quello che riguarda le forme gravi da coxa vara, ma crede anche che il suo metodo sia applicabile a quelli meno gravi.

LATTERI (Palermo). — *Micetoma del piede.* — Riferisce la storia clinica ed i reperti istologici ed i risultati delle ricerche sperimentali di un caso di micetoma del piede di Actnomyces Madurae.

Discussione.

BATTAGLIA (Napoli). — Ritiene di poter dire come il caso presentato dal collega rappresenti una spirotricosi e non una actinomicosi.

CAMERA (Torino). — Un caso identico di sporotricosi fu osservato dall'O. Tutte le cure riuscirono vane; si dovette procedere all'amputazione.

LATTERI (*risp.*). — Illustra meglio le ragioni per cui fu diagnosticata un'actynomices. Purtroppo l'unico metodo di cura che rimane, ancor oggi, è la demolizione.

PIRRONE (Palermo). — *Sifilo-carcinoma del piede.* — Un raro caso di carcinoma cutaneo a cellule piatte, sviluppatosi su gomma sifilitica ulcerata. L'O. ritiene come la lue più che come cau-

sa generale agisca predisponendo quale manifestazione locale e che perciò debba essere annoverata tra le più importanti lesioni precancerose.

Discussione.

GARGANO (Napoli). — Sostiene l'esistenza di rapporti tra sifilide e cancro, ha l'impressione che nel caso in esame non si sia trattato di sifilide.

PIRRONE (*risp.*). — Per l'esistenza di perivasculite e panarterite non permettevano di dubitare della natura sifilitica della lesione.

CHIAROLANZA (Napoli). — *Plastiche facciali.* — Proietta una serie di plastiche facciali da lui eseguite, illustrandole, accennando alla tecnica eseguita e facendone risaltare gli esiti brillanti.

CASTIGLIONI (Trieste). — *L'exeresi del frenico nelle lesioni polmonari.* — Su 18 casi di lesioni polmonari (di cui 16 di natura tubercolare) eseguì la resezione estesa del frenico ottenendo in 5 casi la guarigione, in 1 caso un miglioramento, nessun effetto nei rimanenti casi.

FERRARINI (Pisa). — *Il valore dei trapianti nelle plastiche della trachea.* — Dopo aver descritto i molteplici metodi che sono stati proposti per ottenere la chiusura di una fistola tracheale, soffermandosi con particolare cura sul recente metodo dei trapianti, conclude che bisogna essere ben guardinghi prima di applicare nella cura delle fistole tracheali un metodo che rinchiude nell'albero respiratorio un blocco di tessuto che, eliminatosi nel modo più favorevole, lascia per lo meno sempre una stenosi; e che pertanto è preferibile indirizzarsi verso il perfezionamento dei metodi di plastica con lembi peduncolati.

RICCIO (Napoli). — *Nuovo contributo alla cura delle artriti purulente con il metodo Willhems.* — A due casi di artriti purulente del ginocchio curati e perfettamente guariti con il metodo del Willhems, che egli comunicò l'anno scorso al congresso di Milano, aggiunge un'altro caso del tutto dentico osservato quest'anno. Di tali casi possiede documenti fotografici.

28 ottobre 1925.

Seduta in comune con la Società di medicina (vedi Congresso di questa)

A sede del futuro Congresso di Chirurgia fu scelta Padova.

Temi all'Ordine del giorno: *La chirurgia del simpatico viscerale.*

In comune con la Società italiana di medicina: *La cura chirurgica della tubercolosi polmonare.*

Risultato delle elezioni del nuovo Consiglio direttivo:

Presidente: Donati; vice-presidenti: Giordano e Perez; Consiglieri: Fasani e Pieri; Segretario: Brancati; Cassiere: Baggio.

E. MINGAZZINI.

IV Congresso della Società Italiana di Urologia.

29-30 Ottobre 1925.

Nei locali della R. Accademia medica al Policlinico, il 29 ottobre u. s. fu inaugurato il IV Congresso della Società italiana di Urologia. Numerosi gli intervenuti che ascendevano a circa un centinaio e mezzo.

Sedevano al banco il presidente prof. FERRIA e i due vice-presidenti prof. MARGARUCCI e GARDINI.

Il Presidente commemora il prof. Nicolich Giorgio, primo presidente della Società ricostituita, tessendone gli elogi, e mettendo sopratutto in rilievo l'attività operosa, la bontà e la gentilezza dell'animo e l'intenso, costante patriottismo, il suo grande amore per l'Italia. Il Comitato permanente ha creduto di interpretare il sentimento di tutti i soci devolvendo L. 1000 a favore del fondo G. Nicolich, costituito a maggior incremento del reparto urologico a lui intitolato a Trieste.

La Società ha avuto a deplorare anche le perdite di altri soci nazionali, i proff. Giannettasio e Caminiti, ed altri stranieri, il Kukula, il Soubbotich, il Nin Posadas. Tutta l'Assemblea si associa all'invito del presidente inviando alla memoria di questi illustri estinti il commosso saluto.

Per una migliore conoscenza all'Estero dell'attività scientifica italiana, il presidente invita tutti i soci ad inviare alle personalità più note straniere, un estratto dei propri lavori della Specialità. Per questo e per crescere la dignità della Società il presidente propone e l'assemblea approva che vengano nominati alcuni soci onorari tra cui i signori Blum, Thompson Walker, e numerosi soci corrispondenti di ogni paese. La società non può non compiacersi dell'istituzione della 1ª Cattedra di Urologia in Italia che è stata fondata a Milano e che è diretta ora dal prof. Lasio.

Il Presidente, espletate alcune questioni di ordinaria amministrazione concede la parola ai relatori.

Le pielonefriti (escluse le calcolose e le tubercolari).

Conclusioni del dott. ERMANNO MINGAZZINI.

Le pielonefriti (escluse dalla presente trattazione le calcolose e le tubercolari) sono sempre legate, eccetto alcune rare forme tossiche, all'azione di germi, i quali possono giungere al rene: 1) direttamente; 2) per via ematogena; 3) per via ascendente; 4) per via linfatica; 5) per invasione da focolai vicini. Molti fenomeni di varia indole, sopratutto lo studio delle forme iniziali e del contributo anatomo-patologico inducono a considerare: 1) il processo non solo pielico, ma costantemente pielonefritico, pur ammettendo la variabilità della partecipazione del

parenchima renale specie nelle forme croniche; 2) a conferire alla via ematogena un'importanza sempre maggiore, tenendo presente come in molte pielonefriti manchi l'elemento « stasi », indispensabile nelle forme ascendenti. Elementi predisponenti e coadiuvanti allo stabilirsi di una pnf. sono: le malattie infettive, le affezioni dei denti e delle tonsille, l'appendicite, l'oxiuriosi, la stipsi cronica, le malattie intestinali dei bambini e tutte quelle condizioni, siano fisiologicamente transitorie o patologiche che siano atte a favorire la stasi urinaria.

Nella maggioranza delle statistiche prevale il sesso femminile, ma secondo alcuni è questo un dato destinato a perdere gran parte del suo valore. Però si può dire come le donne si ammalino prima dei 40 anni e da un sol lato, gli uomini dopo tale età e con forme bilaterali, ciò che si ricollega con le cause coadiuvanti.

Prescindendo da alcuni microbi rari ed eccezionali, i germi patogeni delle pielonefriti, in ordine di frequenza, sono: il coli, lo stafilococco, lo streptococco: poi altri, numerosi. Ma anche questa classificazione è contestata.

Vari autori mettono in rilievo l'importanza dello stafilococco nelle affezioni dell'apparato urinario in genere; molti autori americani accennano alla frequenza dello streptococco.

Dal punto di vista anatomo-patologico si distinguono varie forme di pnf. P. catarrale, emorragica, desquamativa, purulenta, ulcerosa, pseudomembranosa, difterica, a seconda la prevalenza degli elementi costituenti il sedimento.

Forme rare sono la P. granulare, cistica, papillare, la leucoplasia, la malakoplasia della pelvi, la p. incrostata, il colesteatoma.

Nelle forme acute, nella pelvi sono evidenti l'iperemia, l'edema con lesioni più o meno profonde della parete. Nelle forme croniche, colpisce l'ispessimento e il pallore della mucosa.

A carico del rene che poco altera la sua forma ed il suo volume meno che nelle f. acutissime e di nefrite apostematosa, nelle quali aumenta le dimensioni si possono distinguere i seguenti tipi morbosi più o meno evidenti. Un tipo in cui si vedono strisce giallastre che dalla pelvi si dirigono verso le corticali esponenti di infiltrazione peritubulare, localizzazione di processi flogistici legati al rallentamento della corrente, con partecipazione del tessuto interstiziale. In un secondo tipo, più frequente nelle forme da stafilococco si trovano tanti piccoli ascessolini o rari e più cospicui, ma senza partecipazione spiccata del tessuto interstiziale.

Nell'evoluzione e nell'esito delle pielonefriti si può assistere ad una restitutio ad integrum completa o in un passaggio alla forma cronica per la quale ha una grande importanza il comportamento della pelvi (dilatazione) poichè spesso il trattamento curativo si infrange contro questo ostacolo anatomico e contro il quale si debbono dirigere innanzi tutto le cure. Il processo può infine localizzarsi a preferenza sulla pelvi: i germi possono assumere una vita saprofitica e resistere ad ogni cura. Nella forma di nefrite apostematosa la competenza diviene esclusivamente chirurgica così nella pionefrosi in cui la terminazione abituale è la distruzione anatomica e funzionale dell'organo. Un altro esito consiste nella nefrocirrosi pielonefritica ascendente, di solito da coli (Barth), di prognosi infausta a meno che non si tratti di forme prettamente unilaterali sulle quali ha richiamato l'attenzione Braasch.

Particolare menzione meritano la pielite granulosa studiata in modo particolare da autori italiani (Taddei) caratteristica per i numerosi nodulini biancastri sparsi sulla pelvi e che si accompagna a notevoli emorragie o a delle piurie asettiche che hanno ristretto il valore della legge di Suter per la quale una piuria abatterica equivaleva ad una tubercolosi.

I sintomi della pielonefrite costituiscono una triade classica: dolore localizzato di solito ai lombi, febbre, pio-batteriuria, talora lieve ematuria, cui si aggiungono i disturbi dello stato generale (stato depressivo, anoressia), quelli cistologici. Questi sintomi o meglio la loro gravità non è in rapporto costante con la specie batterica che li ha determinati. Si riscontrano o come espressione di un inizio brusco di una infezione che si stabilisce per la prima volta o della riacutizzazione di una forma cronica d'emblée o tale divenuta e caratterizzata dalla sola piuria e batteriuria e da condizioni generali scadenti.

Forme cliniche speciali sono:

1) Le pnf. dei bambini che si distinguono per il fatto che l'attenzione del medico viene condotta sopratutto verso la febbre simulante le più svariate malattie mentre il dolore per l'età dei pazienti non risalta abbastanza. La piuria può alternarsi con periodi di urine limpide. Caratteristico è il pallore dei piccoli pazienti i quali possono rimanere malati per lungo tempo fino a che non si scopre la vera affezione.

2) Wildbolz ha il particolare merito di aver attirato l'attenzione sulle pielonefriti da deflorazione che si manifestano con sintomi addominali così spiccati da far pensare ad una peritonite.

3) La pielonefrite delle gravide (V. relazione Colombino).

4) La pielite cistalgica (Pirondini) in cui è caratteristico il contrasto tra la prevalenza dei sintomi da parte della vescica e le lesioni invero minime che a carico di questa si riscontrano. La cura o le cure più svariate non riescono ad avere ragione di questo stato così doloroso.

5) La pielonefrite in rapporto ad interventi sui genitali femminili (V. relazione Colombino).

Per la diagnosi oltre quello che si è detto, sia nelle forme acute che in quelle croniche vale sopratutto, il risultato della cistoscopia associato al

cateterismo ureterale, tenendo conto degli altri sintomi obbiettivi.

Nella diagnosi differenziale si debbono escludere l'appendicite, la colecistite quando prevalgano i dolori, le malattie più disparate dei bambini, la tubercolosi nelle forme di pielite granulosa e cistalgica.

Nessuna misura teraputica potrà avere ragione di una pielonefrite se non dirigendosi innanzi tutto alla causa determinante (stasi urinaria, appendicite recidivante, stipsi cronica, tonsillite, carie dentarie, ecc.). Qualche volta, basta il riposo, la dieta latteo-vegetariana, o la sonda vescicale a permanenza, cui si possono aggiungere i soliti antisettici per bocca. In Germania ed in Austria godono grande favore le iniezioni di Neosalvarsan (2 iniezioni da 0.15; al massimo altre due da 0.30) particolarmente efficaci nelle forme gonococciche e post-gonococciche. Altrove ed anche da noi sono state praticate spesso e con successo le iniezioni endovenose di urotropina (1-2-4 grammi quotidianamente o a giorni alterni per 6-10 volte). L'urotropina secondo Bloch deve essere considerata come uno specifco contro le infezioni da stafilococco.

Grande interesse ha suscitato la immunoterapia verso la quale sembrano dirigersi gli studi attuali. Delle sue diverse forme si contendono il campo, sostenute ognuna dalla voce di autorevoli osservatori:

1) la vaccinoterapia, di cui vantano brillanti risultati specie il Rovsing e lo Schneider e il Ravasini;

2) la proteinoterapia preferita da coloro che vi sono ricorsi, dopo avere sperimentato inutilmente la vaccinoterapia.

I lavaggi della pelvi con sali d'argento e derivati hanno dato spesso buoni risultati e sono tutt'oggi in auge. Meno favorevoli sono i risultati della nefro- e pielostomia con drenaggio della pelvi specie se definitiva; migliori quelli della pielostomia transitoria.

Tuttavia esistono delle forme ribelli a qualsiasi trattamento, la cui espressione si trova manifesta nella bacilluria e che può tuttavia permettere una prognosi buona, anche rinunciando alla cura; altre il cui andamento progressivo termina nel rene grinzo nefropielitico ed infine altre che guariscono ancora malgrado si tratti di f. apostematosi, con nefrotomia, e infine quelle in cui la nefrectomia o è reclamata d'urgenza o ne rappresenta l'intervento di scelta (pionefrosi).

Pieliti e pielonefriti in gravidanza ed in rapporto ad affezioni ginecologiche.

Conclusioni del dott. CARLO COLOMBINO (Milano).

Le forme di pielite e di pielonefrite in rapporto con le variazioni fisiologiche e patologiche degli organi genitali femminili si possono far rientrare tutte quante in un medesimo quadro morboso:

per l'agente eziologico che è quasi sempre il bacterium coli o un microrganismo affine;

per la costanza del fattore patogenetico fondamentale, che è la stasi delle vie urinarie superiori da ostacolato deflusso dell'uretere pelvico;

per l'analogia delle lesioni riscontrate negli organi prevalentemente colpiti, rene e bacinetto;

per l'uniformità delle manifestazioni sintomatiche a carico degli organi urinari.

Nella pratica ginecologica ed ostetrica riescono utili le seguenti distinzioni:

1) *Forme premestruali.* — Sono in rapporto probabile con la congestione degli organi pelvici, consistono in attacchi di breve durata, che si esauriscono nel corso stesso del flusso mestruale e possono ripetersi in mestruazioni successive.

2) *Forme da deflorazione.* — Piuttosto rare, si verificano dopo i primi contatti sessuali.

3) *Forme gravidiche.* — Forme complicanti svariate affezioni, cioè:

a) la pelvicellulite, sia puerperale che ginecologica, nelle sue diverse manifestazioni, specie parametriche, particolarmente temibile nel periodo della retrazione cicatriziale, consecutiva all'organizzazione di essudati.

b) I fibromioni uterini, principalmente quelli provenienti dalla porzione sopravaginale del collo e sviluppati tra i foglietti del legamento largo, quelli a sviluppo retrovescicale, quelli infine incuneati nello scavo in modo da sospingere il trigono contro la sinfisi pubica.

c) I tumori annessiali, specialmente ovarici, con analoga topografia.

d) il carcinoma del collo abbandonato alla sua evoluzione e diffuso nel parametrio in modo da inglobarne lo sbocco; inoltre nella frequente recidiva parametriana dopo isterectomia e infine nella sclerosi indotta da trattamento con raggi X o con sostanze radioattive in masse neoplastiche infrapelviche.

e) molto più di rado il prolasso utero-vaginale, la retroflessione incancerata dell'utero gravido, l'ematocele retrouterino.

Nelle forme elencate sub 4), la stasi urinaria viene in vario modo causata della dislocazione e dalla compressione di un tratto dell'uretere pelvico; l'insorgenza della pielonefrite è talora un semplice episodio del progressivo stenosarsi del condotto sino alle estreme conseguenze della uronefrosi e della atrofia renale.

5) *Forme postoperatorie.* — Quelle che si verificano dopo gli interventi sull'apparato urinario. Insorgono per lo più nella 2ª ed anche nella 3ª settimana, la localizzazione è quasi sempre a destra, talvolta bilaterale. La durata dei fatti acuti, all'infuori di speciali trattamenti, da una a due settimane: la guarigione per solito completa.

Le forme gravidiche sono le più frequenti e praticamente le più importanti, perchè investono

problemi d'interesse tanto per l'ostetrico che per l'urologo.

La stasi urinaria è il fattore predisponente ordinario della malattia. Ma per fattore determinante deve ammettersi una speciale disposizione al passaggio di germi dal grosso intestino (stipsi!) nelle vie urinarie con ogni probabilità per la via sanguigna senza escludere la via linfatica e l'ascendente.

Le lesioni urinarie, prevalentemente a carico del rene e del bacinetto, studiate su un certo numero di reperti necroscopici ed operatori, sia di forme acutissime che di forme passate ad esito, presentano la più grande analogia con quelle già descritte per le altre forme di pielonefrite, che sono oggetto della presente relazione.

Le particolarità cliniche più salienti si possono così riassumere: prevalenza delle forme bilaterali, con disuguale partecipazione dei tre reni. È per solito affetto assai più gravemente quello destro.

Prevalenza delle primipare sulle pluripare, maggior frequenza tra il 5° e il 7° mese, qualche volta primo attacco in puerperio.

Notevole frequenza dell'interruzione spontanea della gravidanza a causa della malattia, per lo più nel senso di un parto prematuro con costante integrità del feto.

Persistenza della suppurazione delle vie urinarie, in rapporto con la persistenza della stasi, per tutta la durata della gravidanza, con miglioramento generalmente rapido dopo il parto.

Eventualità non rara del passaggio in uno stato di cronicità o di latenza, con riacutizzazione nelle gravidanze successive, con progressione sino agli esiti più gravi.

Associazione puramente accidentale e piuttosto rara della pielonefrite coll'albuminuria gravidica.

Propagazione eccezionale del processo alle vie genitali con la risultante di una infezione puerperale.

Prognosi *quoad vitam* generalmente fausta per la madre, per il feto subordinata all'epoca della sua nascita.

La condotta terapeutica deve essere attiva e precoce in riguardo alla madre, conservativa in riguardo al prodotto del concepimento. Essa si propone essenzialmente di trasformare una forma febbrile acuta in una forma attenuata di lieve piuria, senza febbre e senza dolori, non potendosi di solito ottenere di più finchè dura la gravidanza. Questa prima tappa quasi sempre viene raggiunta con la terapia medica.

Sul valore dell'urotropina per via endovenosa e di altri medicamenti, sulla portata della vaccinoterapia e della proteinoterapia endovenosa, vale quanto si è detto per le altre forme di pielonefrite e ci riferiamo inoltre alle relazioni del Congresso internazionale di urologia dello scorso anno.

Nei casi gravi, che son rari, si può ottenere un buon risultato col sondaggio dell'uretere e lavaggio del bacinetto, (eventualmente con la sonda ureterale a permanenza).

L'interruzione della gravidanza viene riservata a causa di eccezionale gravità invano trattato con gli altri mezzi e nella persistenza di fenomeni setticemici, ittero, ed altri sintomi preoccupanti.

ROLANDO (Genova). — L'O. osserva che il rene grinzo suppurante non è un esito raro ed egli in casi tali ha dovuto eseguire nefrectomia per nefralgie ribeli. Richiama l'attenzione sulle forme che si hanno in convalescenza da parametrite e riferisce un caso guarito con l'urotropina. Afferma che nelle forme gravidiche non bisogna essere aggressivi.

PAVONE (Palermo). — Fa notare che i lavaggi con soluzione di tachiolo del bacinetto sia seguito spesso da ottimi risultati. Riporta un caso guarito con due sedute. Egli ritiene che l'azione del tachiolo riesca superiore all'ossicianuro di mercurio e al nitrato d'argento.

BONANOME (Roma). — Riferisce su 4 casi di pielonefrite acuta in cui ha dovuto praticare la nefrectomia e in cui i lavaggi delle pelvi non diedero alcun risultato. Sostiene che la cura della pielonefrite acuta deve essere medica, e chirurgica soltanto quando si stabilissero ascessi.

ALESSANDRI (Roma). — Ritiene che le pielonefriti, per così dire essenziali, siano la massima parte di origine ematogena, perchè in genere le vie ascendenti portano a pielonefriti che rappresentano manifestazioni secondarie e non primarie. Fa notare in riguardo alla stasi che questa non è la causa principale perchè esistono stasi senza pieliti e pielonefriti senza stasi, e perchè nelle idronefrosi secondariamente infette, l'infezione giunge al rene per via ematogena. Un'altra ragione è la bilateralità che si accorda male con la stasi. In quanto ai germi oltre i b. coli sono anche frequenti i cocchi piogeni: stafilococco e streptococco. È d'accordo sulla efficacia della cura nei casi recenti e della difficoltà in quelle croniche. L'urotropina per via endovenosa dà buoni risultati; migliori di quelli con neosalvarsan, ma la cura va prolungata e associata alle altre cure generali. In quanto alla nefrectomia fa notare che, nelle forme unilaterali e con ascessi multipli, è necessaria.

ANZILOTTI (Livorno). — Molte volte le perinefriti sono l'espressione di infezioni ematogene con la formazione di ascessi e ascessolini sottocapsulari.

MARGARUCCI (Roma). — Richiama l'attenzione sul valore della cura alcalina. Egli ha avuto ottimi risultati con alte dosi di bicarbonato di sodio. Riporta un caso di una operata di appendicite, in cui insorse una pielonefrite, guarito con tale sistema di cura.

FERRIA (Torino). — Parla in favore del lavaggio del bacinetto nelle pielonefriti. Per i diversi ef-

fetti registrati dai diversi autori dice che bisogna tener conto delle stasi parziali nell'estremo dei calici la presenza delle quali mantiene le suppurazioni, tanto più in quanto che sono difficilmente raggiungibili dall'antisettico.

(*Fine della seduta ore 12*).

Seduta pomeridiana (ore 15).

Presidenza: Prof. FERRIA.

(*Seguito della discussione sul tema di relazione*).

RAVASINI (Trieste). — Riferisce storie cliniche di ammalati affetti da infezioni colibacillari delle vie genitourinarie e sui favorevoli risultati ottenuti col vaccino e autovaccino. Un caso nel quale i fenomeni acuti al rene facevano temere un intervento operatorio, fu guarito con la cura vaccinica.

CIMINO (Palermo). — Ricorda come nelle pielonefriti ematuriche all'esame istologico non si trova nulla che giustifichi l'ematuria. Passa in rivista le lesioni riscontrate e i metodi di cura proposti. Espone un caso personale caratterizzato da ematuria unilaterale, ribelle, che fu operato di nefrectomia. Presenta il rene asportato e varie microfotografie delle più importanti lesioni istologiche osservate.

LASIO (Milano). — Espone il risultato ottenuto nella cura delle pieliti. Applica costantemente il catetere uretrale, l'uso endovenoso dell'urotropina ad alte dosi (8 gr.), l'autovaccino e l'eterovaccino per via sia endomuscolare che endovenosa, la lavatura del bacinetto, ecc. Ha ottenuto buoni risultati prossimi ma con persistenza di piuria e bacilluria. Spiega questo fatto con le modificazioni morfologiche delle pelvi documentabili dalle pielografie.

NICOLICH (Trieste). — In due casi di pielonefrite ebbe guarigione solo con la decapsulazione, come ebbe a comunicare al 3° Congresso.

LILLA (Livorno). — Riporta la sua esperienza sulle pielonefriti. Accenna ai vari metodi impiegati e sopratutto alla immunoterapia. Ritiene che la proteinoterapia aspecifica ha maggiore efficacia nelle forme acute determinando un più violento schok emoclasico. Sostiene l'importanza del drenaggio del bacinetto ed il lavaggio di esso.

BLOCH (Padova). — Mostra alcune pielografie ottenute in caso di pielonefrite cronica nelle quali in alcuni casi non si è riuscito ad ottenere l'iniezione dei calici mentre in altri è osservabile che i calici ristretti lungo quasi tutto il loro percorso sono dilatati alle loro estremità.

ROLANDO. — I reperti radiologici del dott. Bloch confermano quanto l'O. ha affermato nella seduta precedente: che, cioè, il rene grinzo suppurante unilaterale come esito di pielonefrite è tutt'altro che raro.

FERRIA. — Trae occasione per comunicare gli effetti curativi di alcuni casi di pielonefriti con i lavaggi del bacinetto. Se il rene non è molto interessato, il risultato differente secondo i casi, può ragionevolmente attribuirsi alla possibilità di drenare e lavare egualmente bene non solo il bacinetto ma anche i calici, e ciò dipenderà dall'ampiezza del colletto dei calici stessi.

VOZZA (Milano). — In 20 casi di pielonefrite gravidica, in 16 fu isolato il b. coli tipico, in 2 il b. coli atipico, negli altri 2 una volta il b. del tifo ed un'altra volta lo stafilococco piogeno aureo. In 3 casi il b. coli tipico si è dimostrato emolitico (16.66 %).

MINGAZZINI (*risp.*). — Ringrazia tutti i Colleghi che hanno portato il loro contributo personale alla discussione, rendendola interessante e ricca di insegnamenti, dolente di dover dichiarare come la tirannia del tempo impedisca spesso di diffondersi su argomenti che avrebbero meritato una maggiore trattazione. Il relatore è d'accordo col prof. Rolando nell'ammettere come la nefrocirrosi pielonefritica non sia tanto rara, ma bisogna pur convenirne come è un esito che non è frequente considerandolo in rapporto al numero delle pielonefriti acute che si osservano. Al prof. Ferria e al prof. Pavone ricorda come se è pur vero, ed egli lo ha accennato, che il lavaggio del bacinetto riesce qualche volta efficacissimo, però tal altra fallisce al suo scopo. I malati di solito si mostrano riluttanti a sottoporsi a tale sistema di cura, specialmente se l'introduzione del cistoscopio è accompagnata dalla febbre uretrale. Il prof. Bonanome ha giustamente attirato l'attenzione su un sintoma che si trova ricordato in Wossidlo.

I rapporti tra pielonefrite e perinefrite esposti dal prof. Anzillotti si spiegano con la irrorazione vascolare delle arterie, renale e capsulare del rene o con la diversa localizzazione (sottopelvica o sottocapsulare) degli ascessi. Il Margarucci ha confermato un sistema di cura poco in uso da noi, il prof. Ravasini ha esposto i confortanti risultati della cura vaccinica non vantati da altri. Al prof. Cimini il relatore ricorda come la pielite granulosa sia stata descritta dal Taddei (1907) prima di v. Frisch (1909) il quale del resto, cita nella sua pubblicazione il lavoro di quell'Autore. Al prof. Lasio risponde parzialmente, perchè su alcuni punti risponderà il correlatore. Il tema si intendeva pacificamente rivolto prevalentemente a quelle forme di pielonefrite che decorrono con sintomatologia pielica e non di quelle altre con sintomi minacciosi con localizzazione purulenta (nefrite apostematosa) e che obbligano il chirurgo ad interventi spesso demolitori, e che del resto ha ricordato tanto nella anatomia patologica come nella cura. Il concetto dell'idronefrosi da causa dinamica non trova ancora quel consenso che dovrebbe; il relatore ebbe ad osservare un caso di idronefrosi bilaterale con sindrome dolorosa (coliche) unilaterale e che da un lato parve in rapporto con un vaso anomalo del polo inferiore. Malgrado il vaso fosse stato sezionato e il ristagno

fosse completamente cessato, la dilatazione non solo rimase stazionaria, ma forse aumentò. L'immagine di queste idronefrosi (comunicazione ampia tra calici e pelvi) rimane anche quando alla dilatazione sopraggiunga un'infezione, ciò che costituisce un carattere differenziale con le pionefrosi primitive in cui la comunicazione tra bacinetto e calici, viene a trovarsi ristretta per processi di sclerosi secondaria a flogosi e come hanno dimostrato le pielografie proiettate dal dott. Bloch.

Il prof. Alessandri ha infine portato colla sua autorevole parola argomento validissimo a sostegno dei vari argomenti esposti dal relatore, insistendo sulla frequenza e sulla importanza della via ematogena, sulla bontà della cura urotropinica nelle forme recenti, la frequente inefficacia del drenaggio della pelvi.

Nulla ha da aggiungere a quanto hanno detto i proff. Lilla, Nicolich e Vozza, e conclude con le stesse parole con le quali ha iniziato la esposizione sui metodi di cura che è più facile guarire una pielonefrite recente che migliorarne un'antica.

COLOMBINO (*risp.*). — Conviene col Rolando che negli esiti lontani della pnf. prevalga il quadro delle nefrocirrosi, come egli stesso ebbe ad osservare personalmente; si compiace che il suo metodo sia stato apprezzato giustamente dal prof. Lasio, al quale vorrebbe domandare il meccanismo terapeutico della sonda a permanenza, e il tempo necessario per la sua efficacia. Nei riguardi del catetere ureterale a permanenza egli deve pure dire come molto spesso non venga tollerato.

Il prof. LASIO risponde brevemente come l'efficacia della sonda a permanenza favorisce la diuresi e quindi provoca una specie di lavaggio del bacinetto.

Comunicazioni.

LATTERI (Palermo). — *Su di un raro caso di calcolosi renale bilaterale.* — Riferisce la storia, l'esame clinico, radiografico, l'intervento felice di una voluminosa calcolosi bilaterale, proiettandone le diapositive.

ROLANDO (Genova). — *Voluminosa cisti solitaria renale operata come cisti ovarica.* — Una donna aveva avvertito un anno prima dell'intetrvento un tumore addominale non accompagnato da nessuna sindrome urinaria. All'operazione invece di una cisti ovarica come era stata diagnosticata, si trovò una voluminosa cisti renale. Nella sua liberazione fu lacerato il rene ciò che obbligò ad un'immediata nefrectomia. Questo intervento è quello cui si deve necessariamente ricorrere in questi casi, preferendo quando è possibile la resezione totale delle cisti, metodo di scelta, o anche alla resezione parziale che se è un intervento facile, espone alla recidiva.

Discussione.

SAVIOZZI (Vigevano). — Riferisce di un caso perfettamente identico terminato nello stesso modo.

NICOLICH (Trieste). — *Due casi di idronefrosi traumatica.* — Due casi di idronefrosi consecutiva ad un trauma riportato rispettivamente 4 e 3 anni prima. Nel primo caso non si trovò nessun ostacolo al deflusso dell'urina, nel secondo fu riscontrata una stenosi cicatriziale. Guarigione dopo nefrectomia.

RAVASINI (Trieste). — *Linfosarcomatosi dei reni e del cuore.* — La diagnosi di questa affezione fu fatta al tavolo anatomico. In vita, data la bilateralità della lesione, si era pensato ad un rene policistico. (Presentazione dei pezzi anatomici).

ANZILLOTTI (Livorno). — *Cisti solitaria del rene.* — Una cisti solitaria del rene dovuta verosimilmente a malformazione congenita da residui embrionari con fenomenologia epatica per concomitanti lesioni epatiche (colecistite con pericolecistite) operate per via transperitoneale con drenaggio anteriore.

L'O. richiama l'attenzione sopratutto sulla difficoltà della diagnosi facilitata dall'esame pielografico e dal rigonfiamento del colon.

Discussione.

ROLANDO. — Vorrebbe evitato il drenaggio anteriore per il pericolo di aderenze ad esso legate e consiglia quello lombare in ogni caso, anche dopo incisione anteriore.

FASIANI (Padova). — *Calcolosi del rene in distopia crociata con calcolosi del rene distopico.* — Interessante caso diagnosticato per la contraddizione dei sintomi (aumento della piuria destra premendo la massa renale sinistra) e con la pielografia.

PERRUCCI (Bologna). — *Contributo anatomo-patologico, clinico e terapeutico in un caso di nefrite emorragica grave.* — Uomo di 38 a. senza cause apprezzabili nè remote nè recenti: ematuria renale destra dapprima lieve poi intensa interrotta con lo scapsulamento e la nefrotomia per 3 mesi, guarita poi solo con la nefrectomia. Si trattava, come dimostrarono gli esami macro- e microscopici, di una nefrite diffusa.

NISIO (Bari). — *Cisti del bacinetto renale.* — Raro se non unico caso di cisti incrostata del bacinetto renale presentatasi clinicamente e radiologicamente come una calcolosi renale a sede pelvica.

30 Ottobre 1925.

Seduta antimeridiana (ore 9).

Presidenza: FERRIA.

WIGET (relat. LASIO) (Milano). — *La pielografia nei tumori renali.* — Mostra alcune pielografie che dimostrano la bontà del metodo per le diagnosi di quei neoplasmi renali che sviluppati prevalentemente in corrispondenza del polo superiore si nascondono alla palpazione manuale.

ALESSANDRI (Roma). — *Diagnosi precoce dei tumori renali.* — Nei casi in cui la pielografia non è possibile (impossibilità del cateterismo) il pneumoperitoneo, ma più il pneumorene svelano la presenza dei tumori renali, anche di dimensioni piccole, per l'evidente alterazione del contorno renale. A sostegno di queste affermazioni proietta 3 radiogrammi assai dimostrativi, specie di uno del quale mostra il pezzo anatomico.

Discussione.

LASIO. — Insiste per la pielografia, ricordando come sia poco proclive al pneumorene per i pericoli ai quali dovrebbe esser accompagnato e che sono stati denunziati da alcuni autori, specie francesi.

MINGAZZINI. — Ritiene di poter intervenire nel dibattito, poichè egli ha eseguito circa 40-50 pneumorene senza aver avuto mai a lamentare disturbi degni di nota. Una sola volta un transitorio collasso, forse aggravato dalla pusillanimità della paziente. Comunque il pneumorene riesce sempre meno fastidioso della pielografia, pur ammirando di questa i risultati. Per avere un'idea di quanto possa rendere il pneumorene, mostra due pneumoreni di un rene policistico bilaterale in cui si vede ogni benchè minima sporgenza ed irregolarità del contorno renale.

ALESSANDRI (*risp.*). — Il pneumorene va naturalmente riservato a casi speciali, sopratutto nei tumori iniziali a sviluppo eccentrico.

CHIAUDANO (Torino). — *Sulle ematurie essenziali.* — Su 28 casi di ematurie essenziali, 7 vennero al tavolo operatorio. In base a questa esperienza e dallo studio della letteratura, bisogna riconoscere come non sempre le lesioni che si riscontrano istologicamente sono in grado di spiegare l'ematuria di quella speciale sindrome che appunto per questo va compresa sotto il nome di ematurie essenziali, le quali spesso unilaterali si beneficano spesso, sebbene non sempre dello scapsulamento, ma che obbligano talora a ricorrere alla nefrectomia.

TARDO (Palermo). — *Costante d'Ambard e cause extrarenali.* — A proposito di un caso personale, l'O. consiglia di calcolare il D per la Costante d'Ambard in base alla quantità giornaliera delle urine, realmente emessa durante il giorno intero e non solo a quella delle due ore, e di conferire invece un maggior valore all'eliminazione della ftaleina che si è dimostrata più costante nei risultati.

ROLANDO (Genova). — *Calcoli ureterali, dimostrazioni cliniche e radiografiche.* — Mostra brevemente i vari radiogrammi in diverse posizioni di una calcolosi ureterale.

NICOLICH (Trieste). — *Su di un caso di uretere doppio unilaterale diagnosticato con la cistoscopia e la pielografia.* — Mostra la pielografia di un caso del genere.

Discussione.

MINGAZZINI. — Proietta 4 casi di uretere doppio unilaterale.

DE GIRONCOLI (Venezia). — Ricorda di aver visto 2 casi simili.

CASSUTO (Roma). — Fa proiettare un caso del genere.

BONANOME (Roma). — Richiama l'attenzione dell'Assemblea su di un suo lavoro sull'argomento pubblicato già nel 1914.

CIMINO (Palermo). — *Dilatazione cistica dell'estremo inferiore dell'uretere sinistro con calcolo ureterale.* — Riferisce di un caso trattato con la folgorazione lineare e guarito in tal modo.

Discussione.

LILLA (Livorno). — Riferisce di un caso di dilatazione intracistica dell'uretere trattato e guarito con la elettro-coagulazione, preferibile e assai meno pericolosa a qualsiasi intervento cruento, che rimane invece da seguirsi nei prolassi dell'uretere.

CASSUTO, FASIANI e FERRIA ricordano ognuno i loro casi osservati.

ASCOLI M. (Roma). — *Su di un caso di ulcera vescicale da bact. coli.* — Si trattava di un ragazzo con precedenti tubercolari con ulcerazioni vescicali all'apparenza tipicamente tubercolari presso il meato ureterale destro. Cateterismo ureterale a destra impossibile.

Nelle urine negative le ricerche per la tbc. si coltivò da esse il bact. coli. La nefrotomia esplorativa riuscì negativa a d. Il riposo, le lavande vescicali migliorarono questa lesione, la quale guarì in breve tempo e con le comuni cure.

Discussione.

FERRIA (Torino). — Ricorda un caso simile riferito in un altro Congresso.

BONANOME (Roma). — Molti anni addietro ebbe ad osservare una ulcera con gli stessi caratteri descritti dall'Ascoli, e che fu trattata con successo dopo vani tentativi con altri rimedi, con la elettrocoagulazione. Sull'antica cicatrice, però dopo qualche anno si impiantò un carcinoma che condusse a morte la paziente.

ASCOLI (*risp.*). — Fa risaltare sopratutto la cronicità e la progressività della lesione nell'ulcera cronica semplice.

PISANI (LASIO, relat.) (Milano). — *Forma rara di tubercolosi vescicale.* — Caso interessante di una forma certo non comune di vegetazione tbc. a sede unica invece che diffusa con tendenza a crescere in loco ed infiltrarsi sino ad assumere vero e proprio aspetto di una forma neoplastica. L'insorgenza della lesione è stata tardiva (6 anni dopo una nefrectomia per tbc.), su una vescica precedentemente sana o meglio su una vescica che se fu affetta da lesioni tubercolari ne era completamente guarita.

Il trattamento con corrente ad alta frequenza fallì completamente, la guarigione fu ottenuta completa solo mediante l'escissione della massa.

CARNELUTTI (LASIO rel.) (Milano). — *Il mesotorio nella cura dei tumori papillomatosi ed infiltrati della vescica.* — Bisogna assolutamente ricredersi sull'efficacia di questo medicamento, i cui risultatti sono stati assolutamente negativi. Forse i pazienti con cancro della vescica se ne giovano in un primo tempo per una diminuzione lieve dell'ematuria e dei dolori, ma l'accrescimento del neoplasma seguita inesorabile.

MINGAZZINI (Roma). — Conferma esattamente quello che dice il Carnelutti avendo avuto campo di sperimentare inutilmente questo rimedio in un malato affetto da epitelioma vescicale.

MATTIOLI (Bologna) e BRUNI (Napoli). — Riportano ognuno un caso con gli stessi risultati.

PAVONE M. (senior) (Palermo). — *Litotribolapassi in un bambino a 2 anni e 8 mesi ed in una bambina a 3 anni.* — Casi che, eccezionali nella letteratura, furono seguiti dalla guarigione completa, in grazia all'accorgimento della frantumazione completa dei calcoli.

MATTIOLI (Bologna). — *Pielite e cistite da ameba coli.* — Un caso di cistite e 2 casi di pielite da ameba coli, notevoli per la rarità dell'affezione. Nella vescica si riscontrano delle lesioni caratteristiche per delle rilevatezze cerebriformi, di color grigio sporco, che eliminandosi dànno origine ad ulcerazioni. Clinicamente queste cistiti sembra si caratterizzino per la pollacuria notturna intensa, specie in rapporto a quella della giornata.

WIGET (LASIO rel.) (Milano). — *Sul valore emostatico del cloruro di calcio per via endovenosa come preparazione alla prostatectomia.* — In base a 50 casi seguìti accuratamente, il Wiget conclude come l'iniezione endovenosa di 1 gr. di cloruro di calcio (sol. al 10 o al 20 %) aumenta la coagulabilità del sangue e abbassa o addirittura annulla il pericolo della emorragia dopo la prostatectomia. L'uso del tamponamento della loggia prostatica è stato ristretto a pochissimi casi. da questo se ne può dedurre la bontà del metodo.

Discussione.

ROLANDO (Genova). — Non vorrebbe rinunciare invece al tamponamento della loggia prostatica che gli sembra più sicuro.

BONANOME (Roma). — Sostiene invece come il tampone risveglia facilmente dolori e tenesmo e contrazioni vescicali.

BRUNI (Napoli). — Ha somministrato 4 gr. di cloruro di calcio per bocca ma non ha avuto costantemente risultati così brillanti. Proverà il metodo.

PAVONE M. (junior) (Palermo). — *Il cloruro di calcio nelle intossicazioni da cocaina.* — Sperimentalmente la somministrazione di cloruro di calcio prima, durante e dopo la somministrazione di dosi mortali e doppio di queste, riduce o abolisce i fenomeni convulsivanti da avvelenamento di cocaina. Clinicamente in due casi con l'iniezione endovenosa di cloruro di calcio (4 gr.) si ottenne la remissione rapida dei fenomeni tossici da cocaina.

A sede del futuro Congresso fu scelta Padova, a temi di relazione: « Il reflusso vescico-renale », e « La diagnosi e la cura delle vescicoliti ».

E. M.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Artrite cronica dell'anca con sublussazione e anchilosi progressiva nell'adulto.

Se ne occupano P. Delbet e P. Mornard (*Revue de Chirurgie*, n. 1, 1925, pag. 13).

È una forma di artrite cronica dell'anca nettamente caratteristica per i suoi sintomi e oscura per la sua natura. Si ha specialmente nella donna, tra i 20 e i 50 anni, manifestandosi insidiosamente, senza malattie generali nè traumatismo, senza antecedenti di claudicazione, senza dolore, senza interruzione della vita ordinaria dell'ammalato. L'arto si presenta prima pesante, poi lo si trascina; infine l'ammalato zoppica. Condizioni generali ben conservate.

I segni positivi sono: atrofia muscolare, attitudine viziosa, raccorciamento, limitazione dei movimenti.

Non esiste nè calore locale, nè adenopatia, nè punto doloroso. L'evoluzione è insidiosa, senza crisi acute, senza ascessi. La lesione è unilaterale.

Il reperto radiografico è interessantissimo perchè mostra una sublussazione postero-superiore, con lesioni del collo femorale, il quale si presenta ispessito, con angolo di inclinazione nella diafisi più o meno aumentato per raddrizzamento in confronto all'asse diafisario. La testa femorale può essere appiattita fino ad assumere l'aspetto tampone di vagone ferroviario; parte superiore del cotilo articolare schiacciato (spianato) e sormontato da osteofiti, i quali riempiono la sua parte inferiore non occupata dalla testa femorale.

Illustrano sei casi.

CASO I. — Donna di a. 49. A 47 anni incominciò sensazione di stiramento nell'anca, claudicazione sempre più accentuantesi, ma senza dolore. L'arto inferiore sinistro si presentava addotto, flesso e rotato leggermente all'esterno; raccorciato di 2 cm.; anchilosi pressochè totale dell'anca. Radiograficamente testa femorale appiattita nella regione superiore esterna o debordante dal collo femorale che si presenta con un angolo di 184° gradi sull'asse del femore; un terzo della testa sporge dal cotilo, ingrandito, eroso sulla parte superiore, aperto; in qualche punto osteofiti.

Cicatrici multiple antiche all'arto inferiore sinistro e destro, al braccio destro ed all'angolo destro del mascellare datante dall'età di sette anni. Nessun trattamento.

CASO II. — Donna di a. 39. Da circa un anno pesantezza dell'arto inferiore progressiva fino alla claudicazione; non dolore. L'arto si presenta un po' atrofico, in leggera flessione, adduzione leggera e rotazione interna poco marcata; il trocantere è risalito di cm. 2.5. Non dolori articolari. Movimenti dell'articolazione ben conservati, ma hanno perduto parte della loro estensione. Radiograficamente collo femorale in posizione molto verticale, testa appiattita, a fungo; parte postero-superiore del cotilo schiacciato, quivi osteofiti numerosi. W. negativa.

CASO III. — Uomo di a. 25. A 24 anni spontaneamente senza dolori acuti, senza cessazione del lavoro, claudicazione. Muscoli della coscia sinistra atrofici; essa si presenta leggermente flessa con adduzione, rotazione esterna; accorciamento di 2-3 cm. Nessun punto doloroso locale; anchilosi marcata. Radiograficamente testa a fungo, con osteofito sul collo; cavità cotiloidea appiattita in alto e indietro, nella sua parte inferiore è ripiena di osteofiti.

CASO IV. — Donna di a. 21, commessa di negozio. Da 18 mesi claudicazione senza cause apparenti; solo a sera lieve dolore. Da un mese soffre di più, ma con dolore di sede nella fossa iliaca destra. Atrofia marcata della coscia destra, flessa; 1/2 cm. di accorciamento. Movimenti dell'articolazione alquanto limitati. Non punti dolorosi. Radiograficamente testa femorale appiattita, debordante dalla cavità articolare; collo corto e tozzo con angolo di inclinazione sulla diafisi di 137°. Cotilo eroso nella sua parte postero-superiore; quivi e nella parte inferiore della cavità libera osteofiti. In seguito, essendo stata sottoposta solo per 15 giorni ad apparecchio ad estensione continua, le condizioni funzionali risultano peggiorate.

CASO V. — Donna di a. 43. Da 10 anni dolori saltuari al ginocchio ed alla coscia di sinistra. Da un anno claudicazione, coscia atrofica. Accorciamento dell'arto inferiore sinistro di cm. 1.5, perchè il gran trocantere è risalito. Flessione ed abduzione leggera, forte rotazione esterna. Movimenti limitatissimi indolenti, non punti dolorosi. Puntura esplorativa dell'articolazione dell'anca negativa. Radiograficamente testa femorale poco deformata, irregolare inferiormente ed all'interno, collo corto di sinistra e largo 7 mm. più del destro, e forma un angolo di 167° perchè marcatamente eretto sulla diafisi. Orlo cotiloideo appiattito sulla parte postero-superiore, sormontato da osteofiti, che invadono il resto della cavità, non occupata dalla testa femorale perchè sublussata.

L'altro lato, il destro, sano, non è perfettamente indenne.

CASO VI. — Donna di a. 46. Per alcuni anni coxalgia. In seguito caduta sul dorso. Di poi dolore all'anca destra, senso di peso. Dopo 4 mesi rotazione esterna ed abduzione limitatissime. Curato come coxite tbc. per 2 anni (immobilizzazione, ecc., iniezioni alla Calot), dimagrimento. Nessun miglioramento.

JURA.

Il reumatismo vertebrale.

Il reumatismo vertebrale è una malattia ben caratterizzata dal punto di vista dell'anatomia patologica e della sintomatologia. È caratteristica in esso la formazione da osteofiti di forma e loca

lizzazione irregolari, che, alla radiografia, si disegnano come uncini o becchi di pappagallo.

Nel quadro clinico domina l'assenza di dolori; si ha una rigidità della colonna vertebrale in causa dell'ossificazione legamentosa; oltre al rachide sono presi le anche, le spalle e, talora, le ginocchia, le articolazioni sterno-clavicolari, temporo-mascellare, in breve, tutte le articolazioni munite di menisco. Secondo Léri (*Le Scalpel*, 4 luglio 1925) nell'eziologia, si trova sempre una blenorragia, che può svelarsi con la presenza di filamenti o la tubercolosi ad andamento torpido.

La diagnosi differenziale va fatta soprattutto con la spondilosi rizomelica; questa è, in qualche modo, una menisco-legamentite ossificante sistematica ad eziologia nota, il reumatismo vertebrale è invece un'affezione osteoperiostica atipica di origine ignota.

La prima si inizia con un processo di rarefazione dello scheletro, di osteoporosi nel corso della quale, il malato si curva in avanti per schiacciamento dei corpi vertebrali; l'ossificazione legamentosa è, in complesso un'ossificzione terapeutica.

Il reumatismo vertebrale può essere localizzato in uno o nell'altro segmento del rachide; esso viene spesso confuso con la lombaggine o con la sciatica. Di frequente in questa sciatica di origine rachidea, si trova una scoliosi detta antalgica. Alla schiena, il reumatismo vertebrale prende l'aspetto di neuralgia intercostale, alla regione cervicale, esso può determinare delle paresi o della paralisi di una o due radici, provocare un torcicollo.

Il trattamento della spondilosi rizomelica, durante il periodo di evoluzione, sarà eziologico (salolo, vaccinazione antigonococcica, instillazioni di nitrato d'argento) ed ortopedico (mantenere una buona posizione). Le resezioni dell'anca non hanno dato buoni risultati, la creazione di neoartrosi sottotrocanteriche deve essere ancora studiata.

Quanto al reumatismo vertebrale, si adotterà un particolare regime, si userà il calore, specialmente sotto forma di diatermia, le radiazioni, ed in certi casi ribelli, l'ablazione chirurgica di un osteofita che irritasse una radice. *fil.*

TERAPIA.

Il trattamento pratico dell'emottisi.

P. Lowys (*Journal des praticiens*, 3 ottobre 1925) consiglia anzitutto di evitare al malato dei movimenti bruschi, l'ascoltazione, ecc., che potrebbero aumentare l'emottisi; così pure è inutile di perdere del tempo con iniezioni di ergotina o prescrizioni di adrenalina od altro.

Si deve imporre al malato un riposo assoluto ed immediato; lo si spoglierà con cautela e rapidamente e lo si metterà semiassiso nel letto, bene appoggiato sui cuscini, col torace in alto e col corpo ricoperto, ma non eccessivamente. Lo si lascerà solo con un assistente di nervi calmi. Si manterrà la camera in una semioscurità e si proibirà al malato di parlare, ricorrendo soltanto a cenni con le palpebre.

Si faranno applicare dei senapismi ai polpacci e si praticherà un'iniezione di cloridrato di emetina, non oltrepassando 8-10 cg. ed arrivando al massimo di 1 g. come dose totale. Si potrà anche fare inalare il contenuto di 1-3 fiale di nitrito d'amile.

Prescrivere una pozione emostatica, come la seguente:

cloruro di calcio, g. 4-6;
sciroppo di oppio, g. 50;
acqua distillata q. b. per cmc. 120.

Lo sciroppo d'oppio può essere sostituito da uguale quantità di acqua cloroformica o da tintura di scorze d'arancio amaro.

Disinfezione del rino-faringe e della bocca. Non inquietarsi per la costipazione dei primi 3-4 giorni, in seguito dare della polvere di liquirizia o dell'olio di ricino; se si deve fare un clistere, iniettare, 1-2 ore prima l'emetina.

Il regime varia dalla dieta assoluta alla nutrizione leggera, passando per la dieta idrica e lattea. Bere lentamente, bibite fredde o ghiacciate; non riprendere che assai lentamente l'alimentazione normale ed i cibi caldi.

Se l'emottisi è sostenuta da violenti accessi di tosse, non esitare a fare 1-3 iniezioni di mezzo cg. di morfina con una di olio canforato. La vecchia ipeca è sempre buona, ma non si deve raggiungere lo stato vomitivo, ma arrestarsi a quello nauseoso.

Un buon emostatico è il siero gelatinizzato, che, secondo l'A., sarebbe superiore al siero di cavallo. Può produrre forte reazione febbrile e sarà bene prevenirne la famiglia.

L'ipofisi ha effetti incostanti, ma talora veramente notevoli. L'A. consiglia l'iniezione endovenosa (preceduta da una sottocute di olio canforato) della dose diluita in 10 cmc. di siero; l'iniezione va fatta assai lentamente (3-4 minuti almeno), sospendendola se si hanno reazioni troppo vive (dispnea, cefalea, tendenza sincopale). Come dosi sono consigliabili cmc. un quarto il primo giorno, mezzo il secondo, tre quarti il terzo ed uno nei giorni seguenti fino alla cessazione dell'emottisi.

Recentemente è stato proposto l'iniezione endovenosa di digitale (mg. 2,5 di « intrait ») con ipeca

(dose di cg. 20); se ne usano 1-2 fialette al giorno per dieci giorni di seguito.

Il pneumotorace, che sarebbe il modo più razionale di trattamento non è sempre realizzabile. In mancanza di esso, nelle emottisi drammatiche per la loro abbondanza, si ricorrerà alla legatura degli arti, applicando delle bende di flanella attorno alla radice degli arti e, stringendole se l'emottisi riprende, si dovrà sopprimere la circolazione venosa, ma non interrompere quella arteriosa.

Evitare l'uso di qualsiasi antitermico e fare sempre prognosi riservata.

fil.

Il cloruro di calcio nella tubercolosi.

Rosen (*Journal des praticiens*, 8 agosto 1925) usa delle soluzioni debolissime di cloruro di calcio (1-1.5 %) di cui inietta ogni due giorni 150-300 cmc. Sono necessarie due cure di 15 giorni, con intervallo di 10 giorni fra le due serie. Il rimedio era stato introdotto anche in soluzioni concentrate (al 10-50 %), ma aveva prodotto degli accidenti gravi, anche solo per l'iniezione endovenosa di 5 cmc.

È necessario unire un regime alimentare ricco di calcio (latte, legumi verdi) ed ordinare la calce anche con la seguente prescrizione:

cloruro di calcio cg. 10;
creta preparata cg. 20;
fosfato tricalcico cg. 30.

Per una carta (il cloruro di calcio è però deliquescente! N. d. R.); farne prendere 3-6 al giorno.

Si possono prescrivere anche la polvere d'ossa, i gusci d'uovo, i glicerofosfati.

Secondo quanto riferisce l'A., la febbre, dopo un aumento transitorio della temperatura vespertina consecutivo all'iniezione, cede, specialmente se essa aveva un tipo continuo. Così pure scompaiono i sudori profusi, la tosse e gli sputi; i bacilli di Koch sono scomparsi qualche volta in tre mesi. L'A. assevera, anzi, che se i bacilli non scompaiono dopo la seconda serie di iniezioni, la prognosi va ritenuta oscura.

fil.

Elioterapia e tubercolosi.

I raggi solari e gli ultravioletti artificiali possono esercitare un'influenza regolatrice sul metabolismo del calcio e del fosforo nel rachitismo e in condizioni patologiche affini. Ciò è abbastanza bene stabilito.

Nella tubercolosi, nella quale vi è pure un alterato ricambio del calcio, si riteneva che i raggi ultravioletti potessero esercitare un'azione benefica influendo su questo ricambio, ma Howe e Medlar (rif. in *Journ. A. M. A.*, 8 agosto 1925) negano che nei tubercolosi adulti i raggi solari e gli ultravioletti modifichino in alcun modo il contenuto in calcio e fosforo del sangue.

Il beneficio che in molti casi indubbiamente si trae da questa forma di energia radiante, deve quindi essere spiegato con altro meccanismo di azione.

DORIA.

Sulla patogenesi della crisi d'asma e suo trattamento con la belladonna totale.

La crisi d'asma è spesso legata ad una sensibilizzazione dell'organismo e rappresenta un fenomeno anafilattico. Però anche un'irritazione dei filetti sensitivi della pituitaria, una spina tubercolosa polmonare o pleurica, possono costituire il punto di partenza di un riflesso provocatore di crisi dispnoiche, tanto che sovente, rimossa la causa, può aversi la scomparsa o la diminuzione dei sintomi.

Nigoul-Fissaul (*Gaz. des hôp.*, n. 34, 1925) insiste, per l'origine della crisi d'asma, sulla frequenza della tubercolosi e di una lesione tubercolare sconosciuta, perchè silenziosa.

Ad ogni modo resta sempre la nozione ormai accettata che la crisi d'asma è funzione d'ipervagotonia e il suo trattamento consiste nell'utilizzare una terapia inibitrice dell'irritabilità del pneumogastrico.

Sembra che la belladonna totale sia per l'asma ciò che la digitale è per l'asistolia. Essa rappresenta, allo stato puro, solubili e rigorosamente dosati, tutti gli alcaloidi, principi attivi dell'atropa belladonna e particolarmente l'iosciamina levogira. È stato dimostrato fisiologicamente che a parità di dose la belladonna totale ha azione doppia dell'atropina.

L'A. è riuscito ad arrestare prontamente la crisi d'asma con tale medicamento in parecchi ammalati. La via preferita per la somministrazione è quasi sempre la via sottocutanea o intramuscolare alla dose di 1 cmc., cioè mezzo milligr. di belladonna. Naturalmente bisogna anche rimuovere il momento causale e quindi cauterizzare la mucosa nasale, curare la tubercolosi, ecc. Se è in giuoco l'anafilassi, si desensibilizzerà l'individuo.

A. POZZI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sierologici sui tumori.

Toshihide Oguchi (*The Jap. med. World*, 15 dicembre 1924), da esperimenti che descrive minutamente, e che consistono nel ricercare la reazione delle precipitine tra vari sieri di animali normali, inoculati con estratti di tumori, o anche di tessuti normali, e un antigene di sarcoma di topo, preparato dall'A., conclude che i tumori sono antigeni deboli, più deboli dei tessuti normali

ma specifici nel senso che danno anticorpi diversi dai tessuti dell'ospite, e sempre gli stessi, anche quando crescono su animali di specie diversa.

DORIA.

La reazione di flocculazione nel cancro.

A. e H. Roffo (*Prensa médica Argentina*, 1924, n. 10) hanno applicato il metodo Sachs-Georgi usando antigeni da cancro del ratto, o embrioni di ratto, o cancro mammario umano, o tessuto metastatico ghiandolare. Il cancro del ratto diede evidentissimi risultati positivi nel 94.65 % su 161 casi di cancro, e risultati negativi nel 98.94 % su 95 malati non affetti da cancro.

L'intervallo più breve decorso dai primi sintomi della malattia era di venti giorni. Un cancro della vescica che rimontava a tre mesi reagì positivamente a quattro differenti antigeni.

M. C.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Prostatici senza ipertrofia prostatica. — All'abb. n. 1180-1:

Sotto il nome di « Prostatisme sans prostate » che ricorre così spesso nella letteratura francese, amplissima su questo argomento, si devono raggruppare tutti quei tipi di ostruzioni o di deformazioni dello sbocco vescicale che interessano la regione dello sfintere interno e dei contigui tessuti periuretrali, e che non possono essere classificati nelle ipertrofie adenomatose o nei tumori maligni della prostata. Alcuni tipi di queste condizioni patologiche sono stati chiamati con molti differenti nomi. Per esempio « Barra » con che alcuni intendono un piccolo adenoma delle ghiandole di Albarran, altri formazioni trasversali occlusive, sclerose. Gli Americani parlano di « contracture », i francesi di « barrières », « brides », « valvules », del collo vescicale. Marion nell'Enciclopedia francese di Urologia, piuttosto che ad una causa organica crede che i disturbi siano funzionali e da mettere in rapporto o con una insufficienza muscolare del detrusore o con uno spasmo del collo. A me pare che questi casi, dipendenti o no da lesioni del sistema nervoso centrale, debbano venire esclusi da questo capitolo di Patologia vescicale. Come pure i casi di ipertrofia congenita dello sfintere quali quelli descritti da Young e da Rubritius. Benchè questa essendo in fondo un ostacolo organico all'emissione dell'urina potrebbe rientrare in una discussione sull'argomento. Dallo studio dei lavori di Randall, Young, Legueu, Beer, Voelcker e Wossidlo, Caulk, a me pare che si possono distinguere anatomopatologicamente le seguenti varietà:

1) sclerosi del labbro posteriore dello sbocco vescicale con accorciamento della distanza tra esso e il veru montanum;

2) sclerosi di questa stessa porzione dello sbocco diffusa però verso il trigono con la risultante tendenza a contrarre il collo trasversalmente;

3) formazioni a barra composte di elementi ghiandolari ipertrofici ricoperti da una mucosa con infiltrazioni infiammatorie;

4) ipertrofie ghiandolari isolate delle glandole subcervicali di Albarran;

5) atrofia della prostata con diminuzione di volume della ghiandola;

6) sclerosi dello sfintere accompagnata ad una flogosi cronica della prostata.

Insomma a seconda della struttura si possono distinguere sclerosi e modiche ipertrofie ghiandolari che possono anche essere congenite e manifestarsi coi noti disturbi fin dall'infanzia. Pur tenendo a mente che in molti casi si possono avere tipi misti, predominando sempre il primo. Riguardo alla diffusione del processo patologico si possono distinguere tipi localizzati alla parete inferiore dell'uretra prostatica e al labbro inferiore dello sbocco vescicale e tipi diffusi a collare su tutta la circonferenza di questo.

Sono stati ideati una quantità di strumenti per il trattamento della lesione per via uretrale, ma i risultati riferiti lasciano molto scettici sulla loro reale utilità. Hanno risposto meglio gli interventi per via soprapubica con l'escissione di un cuneo di collo o con l'enucleazione dell'ostacolo apprezzabile col dito. Notevole è però la tendenza alle recidive per il permanere dello stimolo che è causa dell'ingrossamento adenomatoso o della flogosi con esito in sclerosi.

MANFREDO ASCOLI.

Microgiria e poroencefalia. — All'abb. n. 10565:

La microgiria (circonvoluzioni piccole) è il nome dato alla deficienza di sviluppo delle circonvoluzioni cerebrali. Si riscontra nell'idiozia.

La poroencefalia è un'alterazione caratterizzata dalla formazione di cavite cistiche nella sostanza cerebrale, circondate da tessuto più o meno alterato. Si riscontra sopratutto nelle affezioni organiche congenite.

DR.

All'abb. n. 11434-1:

Un libro dove si tratta con diffusione della tecnica per le estrazioni dentarie è il quarto volume del « Traité de Stomatologie » dei dottori Gaillard e Nogué: *Dentisterie Opératoire*, Paris. Baillière et Fils, 19, Rue Hautefeuille.

In questa rubrica accennammo recentemente ai manuali pratici di odontoiatria del Friteau e del De Vecchis.

A. PIPERNO.

Testi di ginecologia. — Al dott. P. B.:

Fra i francesi: BOURSIER e AUVRAY: *Précis de Gynécologie.* Ed Gast., Doin. — FAURE e SYREDEY: *Gyn. Médico-chirurg.* Ed. O. Doin.

Fra gli inglesi: J. FAIRBAIN: *Gyn. with Ob.* Ed. Oxford medical Presse. — A. BOURNE: *Synopsis of Midw. a. Gyn.* Ed. Wright, Bristol.

In tedesco: W. WEIBEL: *Einführung in die Gyn. Diagn.* Ed. Springer. — E. RUNGE: *Die Gyn. des prakt. Artz.* Ed. Urban e Schwarzenberg.

Fra gli italiani: COLONNA: *Manuale di Ginecol.* Ed. Un. Tip.-Edit. Torinese, L. 40. — SPINELLI: *Terapia medica ginecologica.* Ed. Idelson.

Risulta inoltre in preparazione presso l'editore comm. L. Pozzi un *Manuale elementare* del prof. GAIFAMI.

R.

Al dott. G. C. da Napoli:

1. Il concorso per medico-chirurgo assistente negli Ospedali Riuniti di Roma non è ancora bandito; lo sarà nei primi del prossimo anno.

Per tutte le altre notizie chieda una copia del bando di concorso all'Amministrazione degli Ospedali in via Borgo S. Spirito, n. 3. Meglio ancora: incarichi un suo amico di fargliela recapitare non appena pubblicata.

2. Chieda al Ministero della Marina, Ispettorato di Sanità Militare Marittima, Roma.

T. F.

VARIA

Prestazioni gratuite ai colleghi.

Il problema viene preso in esame con l'abituale *verve* e competenza sulla « Deutsche Mediz. Wochens. » dal prof. Schwalbe. Egli ricorda di essersene già occupato, sullo stesso giornale, una ventina d'anni or sono. Una volta la gratuità degli esami e delle cure ai colleghi e perfino a persone delle loro famiglie, costituiva una regola: ma oggi che si vive in fretta, sotto il pungolo costante del guadagno e della lotta per l'esistenza, si sono resi troppo manifesti gl'inconvenienti di questa consuetudine. Ad esempio, la propria opera viene prestata mal volentieri da molti medici, quando essi sanno che non verrà compensata; vi mettono meno impegno, sia pure involontariamente; cercano di sottrarvisi; e, date le esigenze e le difficili condizioni economiche della vita attuale, questa condotta è perdonabile. D'altra parte, riesce umiliante per molti medici il ricevere dei servizi, allorchè manca loro l'opportunità di restituirli o di ricambiarli. È così che spesso i medici s'inducono a occultare la loro qualità, quando chiedono le prestazioni di colleghi.

La discussione è resa d'attualità in Germania da un caso occorso di recente: un noto oftalmologo trattò un collega della Prussia Renana per una irite, dopo di che egli chiese un compenso di 1700 marchi, pari a circa 10,000 lire. Al rifiuto oppostogli, portò la causa avanti al Tribunale. Il magistrato chiese il parere della « Aerztekammer », Camera dei medici, la quale rispose che, per consuetudine invalsa da tempi remotissimi, le prestazioni dei medici ai colleghi sono gratuite. E siccome il « Burgerliche Gesetzbuch », Codice civile, dà forza di legge alle consuetudini, il Tribunale sentenziò che nessun compenso era dovuto all'oftalmologo.

Lo Schwalbe disapprova questa deliberazione. Egli ha chiesto il parere del legale della « Deutsche », l'Oberreichsanwalt (avvocato di Cassazione) Ebermayer, il quale si dichiara convinto che nelle mutate condizioni della vita attuale, conviene desistere dall'assistenza gratuita tra medici. Lo Schwalbe afferma che è questa la soluzione più logica e più semplice, e chiede che in tal senso si pronunzi la « Deutsche Aerztetag », Dieta Medica Tedesca; o, quanto meno, la « Aerztekammernauschuss » della Prussia, Comitato della Camera Medica locale, allo scopo di prevenire o dirimere ogni conflitto e nell'interesse reciproco del medico consultato e del medico assistito.

Il problema merita certo di essere discusso un po' dappertutto.

F. G.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BRUNI NICOLA. *Ricerche sull'assorbimento ed eliminazione della chinina somministrata in tavolette compresse e zuccherate.* — Roma, Poligrafico, 1924.

BRUSA PIERO. *Sulla terapia antitubercolare specifica nella pratica infantile.* — Firenze, Luigi Niccolai, 1924.

CABASSI FRANCESCO. *La terapia antiscabbiosa col Mitigal nella Clinica Dermosifilopatica di Bologna.* — Giornale It. Mal. Veneree, 1924.

CALLIGARIS GIUSEPPE. *Ricerche sulle linee iperestetiche del corpo. 6ª Serie.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1924.

CHABÂS J. *La doctrina de Calmette y su vacuna contra la tuberculosis.* — Valencia, F. Vives Mora, 1924.

CAMBIASO ELLIS. *Tuberculosis.* — Texaro, El Paso, 1924.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per le tariffe mediche negli Ambulatori ospedalieri e clinici.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Genova ha votato il seguente ordine del giorno:

« Fermo restando nel modo più assoluto il diritto del povero alla totale assistenza gratuita, il Consiglio, coerente alle deliberazioni prese anteriormente, riguardanti l'applicazione delle tariffe mediche da esso recentemente stabilite, che ne consentono la riduzione sino al quinto per i malati meno abbienti;

Rilevando che tutti questi Ambulatori, il cui numero va ognor più accrescendosi, si prestano nel meccanismo del loro stesso funzionamento ad un indecoroso sfruttamento dell'opera del Medico, lesivo della dignità professionale, in quanto che o gratuitamente o per un irrisorio compenso vi accedono persone abbienti;

Dato che oggi sono state fissate tassative norme di legge che regolano l'ammissione alle cure gratuite;

fa voti:

1) Che gli Ambulatori degli Ospedali si uniformino nelle loro tariffe ad un minimo non inferiore al quinto della visita normale, secondo la tariffa approvata dall'Ordine, e questo tanto per le prestazioni mediche e chirurgiche che di specialità, provvedendo con buoni di medicazione da rilasciarsi a parte, onde compensarsi del materiale usato, e che la stessa norma valga per tutte le eventuali ricerche tendenti a completare l'esame clinico (radiografie, esami sierologici e microscopici, ecc.) e per gli opportuni interventi terapeutici praticati ambulatoriamente (pneumotorace, iniezioni endovenose, ecc.);

Che le Amministrazioni ospedaliere, sull'impronta di quanto oggidì vien a ragione praticato in molti ed importanti Ospedali, stabiliscano di corrispondere al personale sanitario una percentuale da stabilirsi, tratta dall'utile che dette Amministrazioni fruiscono mediante le visite d'ambulatorio, esami, interventi terapeutici ed operativi praticati ad abbienti;

2) Che gli ambulatori delle Cliniche debbano pure equipaggiarsi nella tariffa alle Ambulanze Ospedaliere, giacchè il diritto di quegli Ambulatori di poter giovarsi a scopo didattico di malati anche abbienti non deve esimere il malato stesso dalla doverosa rimunerazione secondo le norme di tariffa. E lo stesso criterio dovrà venir applicato nel caso di interventi operativi e curativi e per gli eventuali esami che vengano eseguiti a solo beneficio del malato e non già a scopo di studio o di ricerca scientifica;

3) Che tutte le Ambulanze, Poliambulanze, Policlinici, Dispensarii, ecc. si attengano in modo stabile e rigoroso alle precedenti norme generali, non curando gratuitamente se non coloro i quali siano forniti dei documenti stabiliti secondo legge;

4) Che le pubbliche Amministrazioni e gli Enti da cui dipendono Ambulatori prestanti esclusiva assistenza gratuita per i non abbienti, chiamino a dirigere le singole Ambulanze sanitarii nominati in seguito a pubblico concorso, ricompensandoli però in modo equo e dignitoso.

Albo degli specialisti

Il periodico « La Federazione Medica », Bollettino della Federazione degli Ordini dei Medici, nel n. 21 del 1° novembre 1925, tra gli « Atti della Federazione », pubblica a pag. 1 il seguente comunicato:

Ai Consigli degli Ordini Federati
Ai Medici Specialisti del Regno

La Federazione degli Ordini nella imminenza della regolamentazione del titolo di specialista, crede utile un censimento degli esercenti le specialità nelle varie branche della medicina e della chirurgia.

Avendo pertanto avuta la richiesta da parte dei colleghi Dr. Bucchi Codro, Direttore della Rivista « Roma Sanitaria » e dott. Della Seta Eschilo, direttore della Rivista « L'Italia Sanitaria » di favorire la compilazione di un Albo Generale degli Specialisti, ben volentieri aderisce a questa richiesta.

Tale Albo che verrà pubblicato nel « Dizionario Sanitario Italiano » dovrà, per il momento, essere compilato secondo le norme approvate dal Congresso Federale del 1923, norme già presentate al Ministero dell'Interno e al Ministero della Pubblica Istruzione, perchè servano di base per le disposizioni che la Autorità Governativa intende sancire al più presto con apposito regolamento.

I vari elenchi degli specialisti, divisi per Provincia e per categoria, dovranno riportare l'approvazione dei singoli Consigli degli Ordini ed il visto della Presidenza della Federazione, come garanzia che la qualifica di specialista risponde realmente alle norme sopraindicate: a tal uopo i compilatori provvederanno a rimettere gli elenchi ai singoli Ordini.

Preghiamo pertanto tutti i Consigli degli Ordini Federati a voler prendere visione dei suddetti elenchi, aggiornandoli se del caso, ed a volerli controllare nel modo più preciso.

Invitiamo inoltre i medici specialisti ad inviare agli Editori del « Dizionario Sanitario Italiano », Roma, Via Liberiana, n. 17, il loro nominativo coi requisiti e gli attributi richiesti.

Il Pres. della Feder. degli Ordini.

Poichè gli Editori dichiarano essere impossibile attenersi agli elenchi degli specialisti esistenti in commercio, si terrà conto unicamente di quei nominativi che loro perverranno direttamente all'indirizzo sopra indicato.

La Federazione degli Ordini dei Medici, in attesa della regolamentazione legale degli specialisti, ha fissato il seguente schema dei medici che possono essere iscritti nell'Albo degli specialisti del Regno:

« L'inscrizione nell'elenco degli « Specialisti » potrà essere ottenuta da quei medici chirurghi che « appartengono ad una delle seguenti categorie: « *a*) professore ordinario, straordinario, incaricato, « libero docente; *b*) primario effettivo di sezione « specializzata, nominato per concorso; *c*) aiuto o « assistente effettivo universitario che sia stato in « carica non meno di 4 anni; *d*) vice primario, « aiuto o assistente di sezioni specializzate ospeda- « liere nominati per concorso, che siano stati in « carica non meno di 4 anni; *e*) medici-chirurghi « muniti, dopo la laurea, di diploma di un corso « di perfezionamento, almeno biennale, e che ab- « biano poi esercitato esclusivamente la specialità, « dopo il conseguimento del diploma per almeno « 4 anni; *f*) medici che, non avendo i titoli pre- « cedentemente elencati, già esercitino notoriamen- « te con competenza ed esclusivamente la specia- « lità da almeno 10 anni ».

CONCORSI.

Posti vacanti.

Ancona. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Jesi. A tutto 23 dic. Vedi fasc. 48.

Bagno di Romagna (*Forlì*). — A tutto 20 dic., tre condotte, di cui una a L. 9000 e due a L. 11.000; dieci bienni ventesimo; doppio c.-v.; L. 4000 cav. Età lim. 25-40 a. Tassa L. 50,15.

Baschi (*Perugia*). — Due cond., per due fraz.; L. 9000 per 1000 pov.; addizion. L. 2; quattro quinquenni decimo; L. 600 serv. attivo; c.-v. Età lim. 40 a. Tassa L. 50,15 per ogni conc. A tutto 15 genn.

Castelfidardo (*Ancona*). — 2ª condotta; proroga a tutto 25 dic.

Castione della Presolana (*Bergamo*). — Scad. 25 dic. Vedi fasc. 48.

Cella Dati (*Cremona*). — A tutto 15 gen. ore 16; L. 11,500 per 1000 pov.; addizion. L. 2,50; circa 1500 pov. Capitolato-tipo. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Obbl. mezzo di trasp., con indennità da stabilirsi. Assicur. Per uff. san. L. 300. Abitaz. dietro corrispettivo congruo canone. Titolo di prefer.: biennio di osped. o condotta.

Cernesco sul Naviglio (*Milano*). — Cond.; stip. L. 9000 e aumenti; per uff. san. L. 1300; L. 3600 per cavallo *idoneo* e vettura; ab. 6764; iscritti 340. A tutto il 27 dic. Docum. entro il 20 dic. (la duplice data è sul bando). Età lim. 35 a. Tassa L. 50.

Civita d'Antino (*Aquila*). — Scad. 20 dic.; L. 10,000 oltre L. 3000 cav. e L. 500 uff. san.

Girgenti. *Ospedale Civile.* — Chirurgo direttore; titoli ed eventualm. esami; L. 12,000 e 50 % onorari prestazioni chirurgiche. Docum. alla Congreg. di Carità entro il 16 gen. Età 35-55 a. Tassa L. 50. Divieto di gestire o dirigere case di salute o reparti ospedalieri o di eseguirvi operazioni o visite. Chiedere annunzio.

Itri (*Caserta*). — Scad. 25 dic.; L. 7000 più L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.

Meduna di Livenza (*Treviso*). — Proroga 15 gen.; L. 8000 e doppio c.-v.; L. 2500 trasp. L. 500 uff. san.; tassa L. 50,10.

Montefano (*Macerata*). — Scad. 19 dic.; L. 8000 e tre quadrienni decimo, oltre L. 2500 cav. e c.-v. A richiesta spediscesi annunzio.

Montefiore dell'Aso (*Ascoli Piceno*). — Al 31 dic. L'amministraz. si riserva di ridurre da 3 a 2 le condotte. L. 8500 fino al 25 % della popolaz.; L. 500 indenn. laurea; 5 quadr. decimo; L. 600 se uff. san. Servizio privato pel trasporto, gratuito. Tassa L. 50.10.

Monte S. Martino (*Macerata*). — Scad. 21 dic.; L. 9000 e 3 quadr. dec.; trasp. L. 1000 ovvero 2500; c.-v.; uff. san. L. 600; c.-v. in L. 780 se celibe, L. 1200 se ammogliato. Tassa L. 50.15.

Montorio Romano (*Roma*). — Scad. 20 dic.; L. 10,500, oltre L. 500 uff. san. Tassa L. 50.15.

Napoli. *R. Accademia di Belle Arti e Liceo Artistico.* — Professore di anatomia. Docum. al Ministero della P. I. (Direz. Gener. per le Antichità e le Belle Arti). Scad. 30 dic.

Pausula (*Macerata*). — Al 31 dic. condotta chirurgica primaria; L. 9000; due c.-v.; tre quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. vetture. — Condotta rurale stesse condizioni, salvo L. 3500 mezzo trasporto. (Condotta estesa ma remunerativa. Poveri circa 500).

Pavia. — Condotta esterna di levante; inscritti 2000 circa, in 6 frazioni e in cascinali sparsi; eventuale modificaz. della circoscriz. Titoli ed *esami* (programmi D. M. 21 nov. 1906, n. 27). Docum. entro le ore 12 del 31 dic. al Protocollo Municipale. Tassa L. 50.10. Età lim. 40 a. Stip. L. 14,000 oltre 5 quadrienni dec. e c.-v. Obbligo mezzo di trasp. proprio a trazione anim. o meccanica. Serv. entro 15 gg.

Piombino (*Pisa*). — Ufficiale sanitario. Vedi fascicolo 46. Scad. 20 dic.

Re (*Novara*). — Consor. 5 comuni; Kmq. 5; ab. 1314; L. 9000 oltre L. 500 uff. san., L. 150 (*sic*) ambulat. e c.-v. in L. 1200. Scad. 20 dic.

Rocca di Papa (*Roma*). — Al 28 dic.; v. fasc. 46.

San Pier d'Arena (*Genova*). *Ospedali Civili.* — Patologo-settore; L. 14,000 oltre 60 % proventi esami di laborat. a richiesta di abbienti. Domande e docum. alla Segreteria. Scad. 20 dic.

Santopadre (*Caserta*). — Scad. 10 genn.; L. 8000 e 5 quadrienni di 1 dec.; cav. L. 2400; uff. san. L. 500.

Smerillo (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 dic.; lire 9000, compreso c.-v., oltre L. 500 uff. san. e lire 500 indenn. laurea; 5 quadrienni dec. Tassa lire 50,15.

Valcreghentino (*Como*). — Scad. 22 dic.; consor. 4 com.; L. 9000 per 400 pov.; L. 900 uff. san.; L. 2000 trasp.; L. 500 se ambulatorio a casa del medico; 4 quinquenni decimo; assicur. ab. 2299.

Concorsi a premi.

R. Istituto Veneto di Scienze Lettere ed Arti.

Fondazione Querini Stampalia. — Tema: « Chiarire con ricerche originali l'influenza delle ra-

diazioni X sul decorso della infezione malarica specialmente nei riguardi terapeutici ». Scad. 31 dicembre 1925. Premio L. 4000. Il concorso è internazionale. Le memorie potranno essere scritte nelle lingue italiana, francese, tedesca ed inglese.

Fondazione Balbi-Valier per il progresso delle scienze mediche e chirurgiche. — Sarà conferito un premio d'italiane L. 3000 all'italiano « che avrà fatto progredire nel biennio 1923-24 le scienze mediche e chirurgiche sia colla invenzione di qualche istrumento o di qualche ritrovato, che valga a lenire le umane sofferenze, sia pubblicando qualche opera di sommo pregio ». Il premio è fuori concorso. Scad. 31 dicembre 1925.

Fondazione Angelo Minich. — Tema: « Conseguenze delle lesioni traumatiche del sistema nervoso studiate lungo il loro decorso ». Scad. 31 dicembre 1926. Premio L. 15,000. — Tema: « Influenza delle glandole endocrine nell'evoluzione dei tumori sperimentali ». Scad. 31 dicembre 1927. Premio L. 9000. — Ai concorsi non possono partecipare che italiani, e vi sono ammessi pure i soci corrispondenti del R. Istituto. Le memorie dovranno essere scritte in lingua italiana.

Concorsi del « Pensiero Medico ».

Il « Pensiero Medico » bandisce due premi di L. 1500 e due premi di L. 500, con relativi diplomi, tra i medici condotti e tra i medici liberi esercenti. Scad. 28 feb. 1926. Chiedere programma alla Società Editrice Unitas, viale Piave, 12 - Milano.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Filippo Bottazzi è nominato rettore dell'Università di Napoli, in sostituzione del prof. Zambonini, che ha compiuto un biennio di rettorato.

Al dott. cav. Costantino Amato, dell'Ospedale Civile Italiano di Adalia (Turchia), già insignito della croce di guerra, è stata conferita dalla C. R. I. la medaglia d'argento al merito con la seguente motivazione:

« Distintosi per alte virtù civili e militari, nel servizio prestato presso l'Ospedale da guerra 29 in zona Carnia, cadde prigioniero, e anche durante il triste periodo della prigionia diede tutta la sua preziosa opera a vantaggio dei militari italiani caduti in captività ».

Sir Arbuthnot Lane, il noto chirurgo londinese, è stato nominato, con decreto reale, membro onorario della R. Accademia di Medicina del Belgio.

La Società Oftalmologica Germanica ha assegnato il premio Graefe, distribuendolo in parti uguali ai proff. E. Seidel di Heidelberg e van Szily di Münster, al primo per gli studi sugli scambi fluidi sull'occhio e sul glaucoma, al secondo per gli studi sull'embriologia e teratologia dell'occhio.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bari.

Il Consiglio di Facoltà, in sostituzione dei professori Pende, Soli, Camis, Amato, trasferiti a Genova, Palermo, Parma, chiamava il prof. Francesco Galdi per la Clinica medica, il prof. Gaida per la fisiologia, il prof. Marassini per la patologia generale ed il prof. Sotti per l'anatomia patologica.

Inoltre confermava l'incarico di patologia chirurgica al prof. Paolucci, di patologia medica al prof. Gargasole, di patologia esotica al prof. Germano, di radiologia al prof. Attilj, di ortopedia al prof. Leotta.

Dava poi l'incarico di metodologia clinica al prof. Barbara e metteva a concorso le cattedre di clinica pediatrica e odontoiatrica, nell'anno accademico precedente tenute rispettivamente dai professori Maggiore e Perna.

La costituzione dell'Accademia Pugliese di Scienze. — Per iniziativa del prof. Leotta, titolare di Clinica chirurgica nella R. Università, si costituì, qualche mese fa, un Comitato provvisorio di medici universitarii e liberi esercenti, che assunse l'iniziativa di far sorgere un'Accademia Pugliese di Scienze, creando all'uopo uno statuto. Convocata e riunitasi il giorno 18 nov. l'assemblea costituita da tutti i medici universitari, da moltissimi medici liberi esercenti e da molti altri che esplicano la loro attività in altri campi della scienza, si procedette ad alcune modifiche ed alla approvazione dello Statuto, nonchè alla nomina del Consiglio direttivo. Questo risultò costituito dal prof. Nicola Leotta, che per acclamazione fu eletto presidente; dal prof. Giuseppe Favaro, vice presidente; dai proff. Alessandro Baldoni ed Edoardo Germano, consiglieri. Il presidente, poi, nominò il dott. Carlo Rossi segretario, ed il dott. Trinchera cassiere-economo.

L'inaugurazione dell'anno accademico. — Il giorno 16 nov., alla presenza delle più spiccate autorità cittadine, si inaugurò il II Anno Accademico della R. Università di Bari. Dopo le dettagliate relazioni riguardanti l'attività svolta durante il I Anno Accademico, fatta dal Magnifico Rettore prof. Neri, il prof. Ugo Cerletti, titolare della Clinica neuro-psichiatrica, pronunziò il discorso inaugurale, svolgendo magistralmente il tema: « La psichiatria fra i normali ».

Bari, 23 novembre 1925.

Dott. L. QUARANTA.

NOTIZIE DIVERSE.

XXIV Congresso della Società italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Tutti i medici-chirurgi che si interessano allo studio ed alla pratica dell'ostetricia e ginecologia sono invitati a questo Congresso, che avrà luogo il 17-19 corr. in Roma al Policlinico Umberto I.

La Clinica ostetrico-ginecologica, diretta dal prof. sen. Ernesto Pestalozza, presidente del Comitato ordinatore del Congresso, si appresta a ricevere degnamente i congressisti.

Saranno argomento di discussione nel Congresso le due belle relazioni preparate dai proff. Decio e Gentili, direttori delle Cliniche di Cagliari e di Pisa, sui temi: « *Costituzioni organiche e malattie ginecologiche* » e « *Malattie del sistema endocrino e gravidanza* ».

Nell'occasione del Congresso il prof. Pestalozza farà una *rievocazione storica della Scuola ostetrica Romana*.

Sarà anche commemorato l'ultimo Direttore della Clinica, defunto — il prof. ERCOLE PASQUALI — e per iniziativa dei suoi allievi sarà murato nei locali della Clinica un ricordo in bronzo del professore.

Hanno annunciato il loro intervento al Congresso anche ostetrici stranieri.

Sarà preordinata un'esposizione di apparecchi sanitari, istrumenti chirurgici e prodotti farmaceutici.

La quota di partecipazione al Congresso — per chi non è socio della Società ital. di ostetricia e ginecologia — è di L. 50 (cinquanta), che dà diritto a fruire delle riduzioni e facilitazioni ferroviarie, a fare comunicazioni scientifiche ed alla inserzione gratuita di esse negli *Atti* del Congresso.

Per notizie, informazioni, richieste di riduzioni ferroviarie, annuncio di comunicazioni scientifiche, rivolgersi al Segretario della Società: Prof. CESARE MICHELI - Via XX Settembre, 68 - Roma (27).

Corso di idrologia, elettro-radiologia e terapia fisica.

È aperta l'iscrizione presso l'Università di Napoli alla Scuola Ufficiale di idrologia, elettroradiologia e terapia fisica, il quale ha per iscopo di completare in questa disciplina, con intenti prevalentemente pratici, la cultura dei Signori Medici e sopratutto di quelli che debbono esercitare negli Stabilimenti termo-minerali, di cure fisiche e nei pubblici uffici sanitari.

Gli insegnamenti fondamentali vengono impartiti dal prof. Pio Marfori per la parte idro-crenologica (Crenologia e crenoterapia - Indicazioni e controindicazioni delle acque minerali e delle cure termo-minerali) e dal prof. F. P. Sgobbo per la parte elettro-radiologica (Radiodiagnostica e radioterapia - Elettrodiagnostica ed elettroterapia).

Completeranno il programma gli insegnamenti della crenologia sperimentale e della climatologia affidati a distinti cultori delle suddette discipline.

Per integrare l'istruzione dimostrativa si faranno visite agli Stabilimenti termo-minerali e di cure fisiche.

Il corso avrà la durata di circa due mesi e sarà iniziato l'11 gennaio 1926.

In seguito ad esame verrà rilasciato un « diploma di abilitazione » che porterà la firma del Rettore Magnifico e del Direttore della Scuola di perfezionamento (Prof. Pio Marfori).

La tassa di iscrizione è di L. 300, da versarsi all'Economato della R. Università. Le domande di iscrizione al Rettore Magnifico della R. Università, saranno inviate al Direttore della Scuola, prof. Pio Marfori, S. Andrea delle Dame, 21, in Napoli.

Possono iscriversi al corso, oltre i laureati in medicina e chirurgia, anche i laureati in chimica e farmacia.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Col 4 gennaio 1926 avrà principio nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Torino (via Bidone 37) un corso teorico pratico per laureati aspiranti ai posti di carriera sanitaria governativi e comunali ai sensi dei RR. Decreti 29 maggio 1889, n. 219, 9 agosto 1920, n. 808, 11 novembre 1923, n. 2960 e del Decreto ministeriale 15 settembre 1924. Il corso avrà la durata di un trimestre. Possono inscrivervisi i laureati in medicina e chirurgia, in zoojatria, ingegneria, chimica pura, chimica farmaceutica, scienze naturali e agrarie e i diplomati in farmacia. Domanda in carta da L. 2 al rettore non oltre il 27 dicembre, corredata dal diploma o da certificato di laurea, e dalla ricevuta di pagamento di L. 450 fatto all'Economato della R. Università per tassa d'iscrizione, e di L. 85 per soprattassa di esame e spese di Segreteria.

Un'alta onorificenza sanitaria al sen. Marchiafava.

Con recente Sovrano provvedimento, è stata conferita al senatore prof. Ettore Marchiafava la più alta ricompensa di ordine sanitario: la medaglia d'oro ai benemeriti della salute pubblica.

Le alte benemerenze che l'illustre uomo ha acquistato nei più svariati campi interessanti la pubblica salute, compresa l'assistenza ai nostri soldati, artefici della vittoria, hanno avuto, così, degno riconoscimento da parte del Governo.

L'on. Federzoni ha voluto consegnare personalmente al sen. Marchiafava le insegne dell'alta ricompensa. Egli aveva convocato al Viminale il R. Governatore di Roma, il presidente della Commissione amministratrice della provincia, il preside della Facoltà medica della R. Università, sen. Pestalozza, il presidente degli Ospedali Riuniti, altre spiccate personalità, gli alti funzionari del Ministero dell'interno; era anche presente il sottosegretario on. Teruzzi.

L'on. Federzoni ha pronunziato un efficace discorso ed ha così concluso: « Desidero dire al sen. Marchiafava che il sentimento di ammirazione e di riconoscenza che io gli esprimo in nome del Governo del Re e che è accentuato dal particolare incarico commessomi dal Capo del Governo di esprimergli, anche in nome suo, lo stesso sentimento, corrisponde al vero culto, alla venerazione profonda che per lui hanno tutti coloro che ebbero campo di apprezzare le sue inestimabili qualità, le sue straordinarie benemerenze di maestro, di scienziato, di umanista e di cittadino esemplare ».

Il ministro ha, poi, letto la motivazione del decreto. Il sen. Marchiafava ha risposto vivamente commosso, ringraziando il presidente del Consiglio e il ministro per l'alto onore conferitogli.

Le onoranze al sen. Carle.

Demmo a suo tempo notizia (vedi fasc. 21, pagina 764) della grandiosa manifestazione svoltasi a Torino per celebrare il giubileo scientifico di Antonio Carle. Ora il prof. Mario Donati, che promosse e organizzò quella indimenticabile cerimonia, ha raccolto in un opuscolo i discorsi pronunziati nell'occasione, i quali assommano a una decina, nonchè uno schema di statuto per la borsa di studio intitolata al Carle e per la quale è stata raccolta l'ingente somma di 160,000 lire. L'opuscolo reca il ritratto del Carle, la riproduzione della copertina e della dedica del magnifico *album* che gli venne offerto, gli elenchi di quanti più efficacemente hanno concorso alle onoranze. La significativa dedica, dettata dal Donati, dice: « Al senatore Antonio Carle — classico Maestro di Chirurgia — nobile Mecenate — i sofferenti che gli affidarono la vita — e si ebbero salute — i discepoli gli allievi che allargarono — i confini della sua Scuola — onore della Scienza e della Patria — i cittadini ammirati di tanto esempio e di tanta gloria — col proposito e con l'auspicio di esaltare — il suo nome e la sua opera — nel XXV anno di insegnamento — maggio MCMXXV ».

Al Carle sono stati anche offerti due volumi di memorie pubblicati in suo onore dall'« Archivio Italiano di Chirurgia ». Di recente il Comune di Torino gli ha conferito la cittadinanza onoraria, e gli studenti di medicina gli hanno fatto omaggio di un'artistica targa.

Per il prof. Neri.

Il 9 novembre si è svolta, nell'Università di Bari, una cerimonia in onore del rettore magnifico prof. Filippo Neri: i cittadini di Gravina residenti nella capitale delle Puglie vollero offrirgli un'artistica medaglia d'oro ed un elegante servizio da scrittoio in argento; il dono fu accompagnato da un magnifico *album* recante le firme e le fotografie di tutti i donatori.

In onore di un medico condotto.

L'11 ottobre u. s. l'amministrazione comunale di Cossila (Novara) decretava la pensione pari allo stipendio a favore del dott. G. B. Botto, che per 52 anni è stato medico condotto, e ne ha spesi 30 nel comune, con generale soddisfacimento.

In tale occasione i concittadini hanno offerto una medaglia d'oro al valente sanitario, il quale, a 80 anni, è vigoroso e sanissimo.

Elargizioni.

In segno di soddisfacimento per il fallimento dell'attentato all'on. Mussolini, la Cassa Nazionale delle Assicurazioni ha elargito L. 100,000 a favore dell'erigendo Sanatorio Popolare Vittorio Emanuele III in Mussolinia, e le ha versate al Banco di Sicilia; l'Opera Nazionale dei Combattenti ha assegnato, allo stesso scopo, L. 200,000.

La radiotelefonia negli ospedali.

Nell'Ospedale di S. Giacomo in Roma, per la generosa iniziativa di uno dei nostri giovani primari, è stato inaugurato un impianto di radiotelefonia per uso degli infermi, che possono godersi ogni giorno qualche ora di musica restando nei loro letti, con l'uso delle cuffie, oppure recandosi in un apposito ambiente ove funziona un altisonante. La soluzione del problema non facile di far funzionare con grande numero di cuffie con un apparecchio semplicissimo, che si può dire automatico, è dovuto all'industria nazionale, nella

Confidiamo che l'esempio di S. Giacomo, primo fra gli ospedali d'Italia ad introdurre questo mezzo di distrazione e di istruzione per gli infermi, sia presto seguito da altri consimili istituti di assistenza.

Nuovi libri.

Segnaliamo all'attenzione dei lettori i nuovi libri pubblicati dal solerte nostro editore Luigi Pozzi: una monografia del Sanarelli raccoglie l'imponente contributo di questo scienziato alla patogenesi delle infezioni così dette gastro-intestinali e dischiude vie nuove alla terapia; un volume di Hurry, sui circoli viziosi in patologia, già tradotto in 4 lingue, costituisce il successo del giorno; il 1° volume del Manuale di oto-rino-laringojatria del Bilancioni rappresenta quanto di più completo si conosca oggi sulla specialità; il prontuario terapeutico del Venezian è indispensabile a ogni medico pratico; altre pubblicazioni recentissime interessano vaste categorie di medici.

Esprimiamo il nostro plauso per questa magnifica attività editoriale, che precorre e previene i bisogni dei medici.

Insegnamento dell'igiene nelle scuole navali.

Con Regio Decreto, che avrà vigore dall'anno scolastico in corso, è istituito l'insegnamento dell'igiene navale nei Regi Istituti Nautici (IV classe della Sezione Capitani); ne è reso obbligatorio l'esame (orale) e ne è approvato il programma. L'insegnamento dev'essere impartito da un medico. Le lezioni avranno luogo una volta la settimana.

Per la Farmacologia Ufficiale.

Con Decreto Ministeriale 24 novembre u. s il prof. Attilio Bonanni, direttore dell'Istituto di Farmacologia della R. Università di Roma, è chiamato a far parte della Commissione per la preparazione della V Edizione della Farmacopea Ufficiale.

La Casa dello studente a Bari.

Per interessamento del rettore prof. Neri, l'apertura della Casa dello Studente in Bari è stata anticipata, di modo che hanno potuto profittarne gli esaminandi della sessione autunnale.

Le giornate mediche tunisine.

Avranno luogo dal 2 al 5 aprile 1926. I medici italiani vi sono cordialmente invitati; le comunicazioni potranno esser fatte in lingua italiana. Daremo prossimamente ulteriori notizie. Per informazioni rivolgersi all'Ospedale Coloniale Italiano Giuseppe Garibaldi, Tunisi.

Comitato radiologico internazionale.

Al I Congresso internazionale di radiologia, che ebbe luogo a Londra nel luglio scorso, l'adunanza dei delegati stabilì che i futuri congressi si terranno ogni triennio a Stocolma per il 1928, sotto la presidenza del prof. Gosta Forssell (Bergsgaten 2), il quale presiederà, fino a quell'epoca, anche il Comitato radiologico internazionale. Segretario permanente del Comitato stesso è il dott. Stanley Melville (British Instituts of Radiology, 32 Welbeck Street, London W. 1), al quale possono richiedersi informazioni e chiarimenti.

Istituto antitubercolare.

Il dott. Araoz, direttore generale della Sanità pubblica in Argentina, e professore alla Facoltà Medica di Buenos Aires, ha donato 100,000 pesos (quanto dire un milione di lire circa) come contributo alla fondazione di un Istituto per la profilassi della tubercolosi, da annettersi alla Università.

Alla Clinica Medica di Lipsia.

Il prof. Schittenhelm ha declinato l'invito della Facoltà Medica di Lipsia alla successione di Strümpell sulla cattedra di clinica medica.

Il rifiuto è motivato dalla penuria dei locali e dei mezzi, mentre si richiederebbero vari anni per costruire edifizi nuovi. Il Ministero sassone della coltura ha dichiarato che non è in grado di provvedere con sollecitudine.

All'Accademia Medica di New York.

La relazione annuale per il 1924 informa che i fondi dell'Accademia ammontano a dollari 761,268.97, ossia circa 20 milioni di lire it. Tra i fondi ve ne sono 25 separati, per un importo di circa 413 mila dol.

Durante il 1924 ebbero ricetto nei locali dell'Accademia sei società mediche; vi furono ospitate temporaneamente 38 società, per assemblee e congressi.

Viaggio di studi medici.

L'Associazione americana per l'insegnamento post-universitario, adunatasi a San Paolo degli Stati Uniti il 12-16 ottobre, ha deciso di compiere un viaggio d'istruzione in Europa, durante la seconda metà di aprile e la prima metà di maggio del 1926, toccando le città di Napoli, Roma, Firenze, Venezia, Bologna, Ginevra, Monaco, Budapest, Berna, Ginevra, Amsterdam, la Aja, Bruselle. Oltre che agli istituti clinici e ospedalieri si rivolgerà l'attenzione alle bellezze naturali ed a quelle artistiche dei paesi percorsi.

L'Associazione ha ricevuto recentemente una donazione di 10,800 dollari, pari ad un quarto di milione di lire, per favorire gli studi medici con particolare riguardo alle malattie dell'occhio.

Contro la pubblicità ciarlatanesca in Francia.

Il ministro francese del lavoro e dell'igiene, P. Justin Godard, ha diramato ai direttori di giornali politici una circolare tendente a infrenare la pubblicità ciarlatanesca; in particolare viene vietato l'impiego della parola « guarigione »; i produttori e commercianti non potranno valersi di ragioni sociali fantastiche (come: Istituti, Accademie, ecc.), nè di anonimi o di pseudonimi, ma dovranno impegnare la propria personalità e onorabilità.

Obbligatorietà degli esercizi fisici all'Università di Jena.

Il Ministro della Pubblica Istruzione della Turingia ha ordinato che dal 1° ottobre 1925 tutti gli studenti dell'Università di Jena, per venir ammessi a qualche esame, debbano fornir la prova di praticare attivamente gli esercizi fisici. È lasciato libero agli studenti — ed anche alle studentesse, per le quali vigono le stesse norme — di scegliere il genere di esercizi fisici purchè si assoggettino ad un esame pratico, consistente in varie prove, secondo il ramo prescelto: ginnastica, atletica, nuoto, podismo, canottaggio, ecc.

Ha posto fine ai suoi giorni, per motivi economici, il dott. DOMENICO GHINATTI, di 72 anni, il quale gestiva un gabinetto medico-dentistico a Rovigo.

Pur troppo, la miseria più squallida è la prospettiva che si dischiude a molti di noi, quando l'età inoltrata non consente più un lavoro produttivo.

È questo un problema angosciante; e tutti gli sforzi della professione dovrebbero rivolgersi a tentare di risolverlo!

Il 2 novembre è morto, in età di 78 anni, il prof. HERMANN FEHLING, che a lungo diresse la Clinica ginecologica di Strasburgo.

Per i nostri abbonati all'Estero.

Con R. decreto-legge 15 ottobre 1925 n. 1975, le tariffe postali per l'Estero sono state sensibilmente elevate (la tariffa base riferita alle lettere diviene di L. 1.25; la spedizione delle stampe importerà L. 0.25 ogni 50 grammi e così via, in proporzione).

Questo inatteso inasprimento, che ci colpisce a breve distanza dal precedente applicato nel 1924, obbliga la nostra Amministrazione all'incresciosa misura, *mai praticata in 32 anni*, d'interrompere l'invio a tutti indistintamente gli abbonati dell'estero che non abbiano corrisposto anticipatamente l'intero importo d'abbonamento per il 1926.

Se si pensa che i fascicoli del *Policlinico* comportano in media una spesa di 75 centesimi, ed una cartolina o lettera, per sollecitare il pagamento, costano rispettivamente L. 0.75 e L. 1.25, non si potrà giudicare ingiustificato il provvedimento che l'Amministrazione si trova, suo malgrado, costretta a adottare.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Revue de Chir., 5. — DUGUET e CLAVELIN. Le artriti croniche non tbc. dell'anca nell'adulto.

Rev. Españ. de Med. y Cir., giu. — F. PROUBASTA. Una complicaz. poco nota dell'aborto procurato.

Estudios Méd., feb. — E. ALVAREZ SÀINZ DE AJA. Rapporti tra malattie cutanee ed endocrine.

Boletin del Inst. de Medic. Experim. ecc., gen.-feb. — A. H. ROFFO e al. Studî sperimentali varî sul cancro. — A. H. ROFFO. Trattam. del linfogranuloma.

Lancet, 20 giu. — A. NEWCOLM. Alcune anomalie nelle amministrazioni di sanità pubblica locali.

Paris Méd., 20 giu. — Numero sulla ginecologia e l'ostetricia.

Folia gynaecol., 1. — G. BERTOLONI. Morfologia e fisiol. norm. e patol. del corpo luteo. — F. CLAUSER. Risultati tardivi del Wertheim-Schauta.

Journal A. M. A., 6 giu. — J. WILE e L. M. WIEDER. La triparsemide sulla neurosifilide. — T. FAY. Le vascolarizzaz. del cervello. — G. R. MINOT e R. ISAACS. Trasfus. di linfociti.

Münch. Med. Woch., 19 giu. — K. F. WENCKEBACH. Disturbi di conducibilità degli stimoli e di altre funzioni del cuore. — R. HIRSCH. La diatermia nelle malattie della cistifellea. — F. WEYRAUCH. Tiroide e immunità.

Deut. Med. Woch., 19 giu. — E. MORO e W. KELLER. Allergia cutanea tubercolare dopo iniezioni intracutanee di tubercolina e linfa vaccinica. — H. SACHS, A. KLOPSTOCK e A. J. WEIL. Capacità di reaz. dell'organ. ai lipoidi. — F. MUNCK e P. NEUMANN. Errori diagnostici nel cancro interno.

Mediz. Klinik, 19 giu. — H. MARTINS. Terapia stimolante aspecifica.

Rev. Med. Latino-Ameri., apr. — P. I. ELIZALDE e L. DE MARVAL. Ipoplasia arteriosa generalizzata. — A. H. ROFFO. Tessuti normali e neoplas. in vitro. — A. M. MARGUE e A. GROSSO. Esploraz. radiolog. dell'appar. respir. mediante olio iodato.

Amer. Journ. Med. Sc., giu. — W. H. MANWARING. Dommatizzazione prematura nelle scienze mediche. — A. C. ABBOTT. Epidemiol. della polmon. — L. C. KNOX. Mediastinite cron. — W. B. RAWLS. Pericardite tbc. primitiva. — R. B. MONTGOMERY. Impronte pedali di neonati. — F. G. EBAUGH. Il lipiodol nella localizzaz. delle lesioni spinali.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 21 Dicembre 1925 Fasc. 51

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ARCISPEDALE S. ANNA - FERRARA
SEZIONE CHIR. diretta dal prof. EUGENIO CASATI.

La percussione ascoltata applicata alla diagnosi di frattura.

Dott. EDGARDO VIGEVANI.

Accade frequentemente nella pratica medica quotidiana di dover fare una diagnosi di frattura in breve tempo; in tali casi è evidente quanto sarebbe importante aver un dato sicuro per evitare conseguenze a volte gravissime che un giudizio incompleto od insufficiente può determinare.

Non sempre è possibile avere il sussidio diagnostico della radioscopia, e non sempre le condizioni o finanziarie del paziente, o di trasporto o di viabilità permettono di ricorrere all'aiuto dei Raggi X.

Mosso da questa frequente evenienza, pensai di applicare un metodo già da tempo usato nella medicina: l'ascoltazione applicata alla delimitazione degli organi.

L'ascoltazione combinata alla percussione è già stata usata da Laennec per determinare i limiti di una caverna o di un pneumotorace. Però Laennec ne fa parola soltanto come osservazione occasionale, non come proposta di un particolare metodo clinico d'indagine.

Per la determinazione dei limiti viscerali, come metodo generale è già stato raccomandato da Camman e Clarck per i primi ed è stato poi da molti autori indagato e raccomandato.

Il prof. A. Bianchi in Italia fin dal 1884 fu sostenitore del metodo della percussione stetoscopica ascoltata, applicata alla delimitazione degli organi. In un primo tempo si servì del plessimetro e del martello da percussione, per sostituire poi a questi il leggero strisciamento digitale.

La percussione ascoltata si eseguisce con lo stetoscopio o col fonendoscopio. Perchè essa sia possibile « occorre che il viscere del quale si « vuole delimitare l'area poggi in un punto qual- « siasi direttamente contro la parete e che su tal « punto sia posato lo stetoscopio; deprimendo la « parete stessa si deve andare a poggiare diret- « tamente col solo intermezzo di questa sul vi- « scere in esame » (Bianchi).

Tale è la condizione indispensabile per poter applicare il metodo.

Le condizioni favorevoli sono le seguenti:

che l'organo sia provvisto di un tono proprio;

che sia aderente ai tessuti circostanti in modo che esista continuità nella trasmissione del suono;

che fra la parete sulla quale si applica lo stetoscopio e l'organo da delimitare non si frappongano liquidi o gas oltre una certa copia.

L'intensità della vibrazione ascoltata con l'orecchio armato è in relazione diretta con l'intensità del colpo; con l'adesione della parete alla superficie del viscere nel punto di percussione ed in quello di ascoltazione; e con la densità delle parti che ricevono il colpo e che trasmettono le vibrazioni. Laddove esiste un aumento di densità di un viscere si trova pure aumento di intensità di vibrazione (Bianchi).

Per quante ricerche abbia fatto non mi è riuscito di trovare nell'abbondante letteratura consultata che il metodo della percussione ascoltata sia stato applicato alla chirurgia delle fratture. Tale metodo è da me usato da oltre un anno e ne ricavo nella quasi totalità dei casi, risultati brillanti, confermati pure dalle altre indagini.

Ecco una breve descrizione del metodo, quanto mai semplice: bisogna essere provvisti di uno stetoscopio e di una matita dermografica. Usai in alcuni casi il fonendoscopio, ma a me sembra esso non possa servire bene perchè propaga suoni troppo superficiali e con esso non sempre riuscii ad ottenere risultati sicuri; non ebbi l'opportunità di usare altri strumenti consigliati per la percussione stetoscopica ascoltata (plestetoscopio di Piorry, stetoscopio di Hofmann); lo stetoscopio invece serve tanto per le fratture di ossa ricoperte da spesse masse di tessuti (femore, perone, ecc.) come per le ossa superficiali.

Esso si applica nella regione dove si presume esista la lesione e partendo dalla prossimità dell'imbuto dello stetoscopio si striscia leggermente allontanandosi da esso e dirigendosi verso il punto sospetto. L'orecchio avverte un caratteristico rumore di raspamento che improvvisamente cessa o si attenua; allora il dito ha appena oltrepassato la linea di frattura e con la matita dermografica si segna il punto di trapasso. Il dito che striscia sulla cute deve esercitare una pressione che varia a seconda della regione in esame e la cui intensità viene suggerita di volta in volta dalla pratica.

*
* *

L'infortunato si presenta iperestesico, con i muscoli contratti, eccitato, in preda a smania causata dal dolore della lesione; non si può praticare un esame accurato, il minimo movimento riesce dolorosissimo, non si può fare una palpazione degna di considerazione perchè l'ammalato non lo permette.

Lo stesso accade in individui con pannicolo adiposo abbondante, o con masse muscolari molto sviluppate e in quelli nei quali le lesioni dei tegumenti (ferite, escoriazioni, superficie sanguinanti) impediscono di poter far l'esame della parte colpita. Così pure nei bambini i quali piangono disperatamente ed eseguiscono movimenti disordinati, ed in pazienti presso i quali non si può avere l'assistenza dovuta. Questo metodo ha il vantaggio di evitare al paziente il dolore provocato dall'esame dando purtuttavia i risultati di questo.

Il metodo della percussione ascoltata può essere completamente superfluo nei casi di fratture conclamate, di fratture aperte, in quelli in cui si rileva abnorme mobilità lungo l'asse di un arto o in quelle nelle quali i monconi resisi superficiali quasi hanno perforato la pelle (fratture clavicolari), nelle quali altri artifici diagnostici altrettanto semplici ed innocui portano alle stesse conclusioni, come l'ispezione, l'impossibilità di elevare l'arto superiore, o di scostarlo dal tronco, il dolore provocato dai colpi di tosse.

Vi sono poi numerosi casi nei quali il metodo non è applicabile:

1) Frattura della base del cranio, sia per la sede profonda della lesione, sia per la piccolezza della superficie lesa. Inoltre in tali fratture, emorragie nasali, auricolari; coma, alterazioni nel ritmo del polso, mancanza di riflessi pupillari, vomiti, ecc., ecc., possono da soli permettere di giungere ad una diagnosi.

2) Frattura della colonna vertebrale. Nelle vertebre la sola parte accessibile è l'apofisi spinosa che col nostro metodo verrebbe completamente abbracciata dall'imbuto dello stetoscopio. Le altre parti della vertebra sono o ricoperte da masse muscolari troppo spesse (lamine) o hanno sede troppo profonda (corpo).

3) Frattura di ossa piccole come quelle del carpo e di parte di quelle del tarso, sia ancora per la loro piccolezza, sia per il cospicuo versamento che rapidamente si forma qualunque trauma colpisca questa regione.

Il metodo dà invece risultati soddisfacenti, in caso di traumi del capo nei quali i tegumenti sono completamente integri; non si riesce a rintracciare, nè escavazioni nè contusioni od ecchimosi; non esistono ancora sintomi di versamento intracranico, nè ematoma sottocutaneo. In tali contingenze il medico può restare molto perplesso sulla natura del trauma; frattura del tavolato o semplice contusione? Allora il nostro metodo può venire molto utilmente in aiuto: dopo aver accuratamente rasato il cuoio capelluto, si può applicare la percussione stetoscopica che ci darà risultati tali da toglierci ogni dubbio diagnostico. In questi casi è bene non superare la linea di sutura delle ossa craniche; giacchè se queste non sono bene saldate o non sono sufficientemente sinostosate, si può essere tratti in inganno, perchè ci si trova di fronte alla condizioni necessarie per la interruzione o la diminuzione di conduttibilità dei suoni.

Il metodo è utile, inoltre, nelle lesioni sottoperiostee, nelle infrazioni ossee, nellè fratture a piccolo frammento (da strappamento), nelle quali i muscoli od i tendini abbiano mantenuta immobile la scheggia.

La propagazione del rumore, a quanto ho potuto osservare, avviene lungo le linee architettoniche delle trabecole ossee nei diversi segmenti scheletrici di conseguenza che per le ossa lunghe si diffonde, per le diafisi da un estremo all'altro, per le epifisi invece in senso arcuato o verticale. Ad ogni modo è bene non fare un'unica ascoltazione, bensì applicare lo strumento sulle varie faccie, mediale, anteriore, posteriore, o laterale, della parte da esaminare; si può così in certo qual modo circuire per mezzo di linee radiali il focolaio, in modo da poter rilevare anche la forma della linea di frattura (trasversa, obliqua, a becco di flauto). Se la mancanza di propagazione del rumore si riscontra semplicemente su di una o due delle facce della parte in esame si può concludere che la continuità ossea è troncata solo in una delle faccie (incrinatura, fratture sottoperiostee, frattura « en bois vert » dei francesi).

Farò qui un piccolo schema delle direzioni delle linee di forza nei vari segmenti ossei.

Ricordi anatomici:

Piede. Le falangi sono tanto piccole che non consentono l'esame; ad ogni modo le linee prevalenti architettoniche sono le verticali.

Metatarsi. — Non presentano diversità dalle falangi.

Cuneiformi. — Sono costituiti da due ordini di trabecole, le une dirette in senso antero-posteriore, rettilinee ben evidenti, le altre dirette trasversalmente dirigentisi verso il tubercolo che serve di attacco al tendine del muscolo tibiale posteriore (per il I cuneiforme).

Nel II cuneiforme, le trabecole dirette in senso antero-posteriore si irradiano a ventaglio dalla estremità distale, verso la prossimale.

Così pure nel III.

Nell'osso navicolare e cuboideo hanno la medesima disposizione.

Il *calcagno* presenta tre gruppi di trabecole: le trabecole del primo gruppo sono oblique in basso ed indietro, le trabecole del II gruppo partono dal seno del tarso e si portano obliquamente in basso ed in avanti, le trabecole del III si dirigono dall'avanti all'indietro formando una curva a concavità diretta in alto.

La direzione delle trabecole ci indica la direzione delle forze di pressione trasmesse dall'astragalo al calcagno; le une, posteriori, verso l'appoggio posteriore del piede, le anteriori verso il cuboide e mediante quest'osso ai cuneiformi e metacarpali.

Astragalo. Le trabecole del I gruppo sono oblique dall'alto al basso ed in senso antero-posteriore, le trabecole del II gruppo sono dirette dall'alto al basso, ed in senso postero-anteriore, la loro direzione si continua nelle trabecole dello scafoide, del I cuneiforme e del primo metatarsale.

Gamba. Le trabecole tibiali sono prettamente verticali, le esterne, mentre le interne sono inclinate verso l'asse dell'osso. Nella diafisi la disposizione è prevalentemente verticale. Nell'epifisi superiore della tibia le lamelle ossee si dispongono in due sistemi; le periferiche si innalzano verticalmente verso le cavità glenoidee, le centrali rappresentano degli archi a grandi raggi, che incrociando quelle del lato opposto, formano degli spazi ogivali il cui apice corrisponde all'asse dell'osso.

Perone. Le trabecole ossee componenti l'architettura del perone hanno la medesima disposizione delle tibiali.

Rotula. Per la sua genesi e per la sua struttura ha il significato di un osso breve ordinario facente parte dello scheletro tipico della gamba.

In essa le trabecole assumono due direzioni principali; l'una orizzontale l'altra verticale.

Femore. Le trabecole che costituiscono l'epifisi distale, hanno la maggior parte direzione verticale. La stessa disposizione si osserva nella diafisi.

Le trabecole dell'estremità prossimale presentano questa disposizione:

Quelle che nascono dalla lamina diafisaria mediale si dividono in due gruppi; le inferiori e le superiori. Le inferiori si portano obliquamente in alto e lateralmente per terminare al grande trocantere; le superiori nascono anch'esse dal margine inferiore sopra le precedenti e si portano in alto e medialmente per terminare sulla parte media della superfice articolare della testa (queste fibre hanno il nome di fascio cefalico).

Le trabecole ossee che nascono dalla lamina diafisaria laterale prendono origine sotto il trocantere e si portano oblique in alto e medialmente per terminare nella testa sotto alla fossetta del legamento rotondo. Questo fascio assume il nome di fascio arciforme, il quale incrociandosi con le fibre diafisarie inferiori mediali sotto un angolo di 45º forma ogive regolari.

Bacino. Nel bacino più che la disposizione delle trabecole ossee (rade al centro, compatte alla periferia) servirà per l'esame la direzione delle linee di forza che percorrono tale segmento scheletrico.

Dal sacro dove esse si originano si dirigono verso il femore passando per gli ilei; dalla testa femorale altre linee attraverso le branche orizzontali del pube vanno alla sinfisi.

Tralascio la descrizione delle ossa della colonna vertebrale non offrendo questi segmenti che la possibilità di un'osservazione molto incompleta. Passando all'arto superiore dico subito che per l'*omero* tanto la sua parte prossimale, data la disposizione ad ogiva delle trabecole, quanto la diafisi e l'epifisi distale hanno tale un'analogia con l'architettura femorale che stimo inutile il descriverla.

Radio. L'estremità prossimale del radio (che ben raramente cade sotto la nostra osservazione data la rarità delle sue fratture) presenta una trabecolatura disposta verticalmente, in parte, ed in parte ad arcate, la diafisi e l'estremità distale sono costituite da trabecole a direzione principalmente verticale.

Ulna. L'ulna nell'epifisi superiore ha una disposizione prevalentemente ad arcate più fitte in corrispondenza dell'olecrano, il corpo ha direzione verticale e l'epifisi inferiore presenta anche essa la medesima architettura della diafisi.

Carpo. Le ossa del carpo data la loro minuscola dimensione non si possono prestare ad un esame di tal fatta; per i *metacarpi* e le *falangi* vale ciò che abbiamo detto per le ossa analoghe del piede.

Cinto scapolare. Le fratture della scapola sono rarissime, tanto da raggiungere l'un per cento circa.

Pel suo esame ci si servirà dei punti più superficiali tenendo presente che lungo i margini e le estremità essa è costituita da tessuto compatto nel quale la disposizione delle trabecole è quella imposta dalla funzione secondo la ben nota legge di Julius Wolff: che l'osso normale ha una struttura determinata dalla sua funzione.

Clavicola. Anch'essa è costituita da tessuto spugnoso e ravvolta da un manicotto di tessuto compatto; ha la struttura voluta dalla pressione e trazione cui è sottoposta nella sua funzione.

Sterno. Lo sterno ha la struttura delle ossa piatte: tessuto spugnoso centralmente; tessuto compatto alla periferia.

Coste. Sono costituite analogamente allo sterno.

Ossa del cranio. Le ossa della volta presentano un'architettura a linee raggiate partenti dal punto centrale di ossificazione.

Faccia. Delle ossa della faccia quelle che possono cadere sotto il nostro esame sono: la mandibola; che presenta la medesima architettura delle diafisi di un osso lungo (con archi di rinforzo nei punti sottoposti a maggior sforzo) e l'apofisi zigomatica.

Esame delle varie ossa:

Passando ora all'esame delle singole ossa dirò che in linea generale essa si pratica seguendo il maggior asse dell'osso (ulna, radio, tibia, perone, ecc.).

Questo non potrà avvenire per esempio per l'astragalo e per il calcagno per i quali è conveniente seguire le linee di forza.

Per i metacarpi e i metatarsi, se si suppone l'esistenza di frattura della testa si deve applicare lo stetoscopio presso di essa e dirigere lo sfregamento sia in senso traversale che longitudinale, se del corpo in senso longitudinale semplicemente.

Per l'omero per esaminare la testa si può applicare lo stetoscopio su di un punto qualsiasi di esso anteriormente o lateralmente e strisciare in diversi sensi, per la diafisi in senso longitudinale.

Per la scapola i soli punti accessibili essendo la spina ed il margine mediale, lo strisciamento verrà eseguito orizzontalmente per la prima, verticalmente per la seconda.

Per l'epifisi prossimale del femore, lo stetoscopio verrà applicato, o nella fossa di scarpa un po' esternamente alla pulsazione della femorale, e lo strisciamento si farà verso l'esterno e verso il basso, oppure si applicherà lo stetoscopio sulla sporgenza data dal gran trocantere e si risalirà verso la cavità acetabolare.

Bacino. — Ossa del bacino. - Sacro. A causa dello scarso rivestimento di parti molli esso può facilmente cadere sotto la nostra osservazione. Anche qui l'applicazione dello strumento verrà suggerita dal dato anamnestico; lo strisciamento verrà fatto centrifugamente a tal punto.

Ileo. La cresta è molto superficiale, e le ali sebbene molto profonde credo possano dare ugualmente risultati degni di nota, perchè la percussione è già stata utilizzata per la diagnosi di sede dei tumori peduncolati del bacino (cisti idatidee, cisti dermoidi, ecc., cisti ovariche) (Baccelli).

A me mai occorse di poter fare l'esame in questione in tali regioni.

Ciò valga anche per gli ischi.

Pube. Dopo la rasatura dei peli, applicato lo stetoscopio in corrispondenza dell'estremità laterale o mediale delle branche orizzontali, si striscia nell'uno o nell'altro senso.

Per le ossa del cranio, perchè questo esame sia possibile, sono necessarie diverse condizioni; la rasatura dei capelli in corrispondenza del punto presumibilmente leso, l'assenza o quasi di versamento, di ematomi, le suture normali.

È molto difficile il poter riscontrare frattura di una delle due lamine e precisamente del tavolato esterno. Però a volte si verificano fratture complete, dette fendidure o fessure, limitate, od irradiate nelle quali non si verifica spostamento di sorta dei frammenti; in questi casi, fatta la toletta preliminare del punto da esaminare, si applica lo stetoscopio in corrispondenza del centro dell'osso e si dirige l'esame a raggio verso i margini.

I casi nei quali potei porre un'esatta diagnosi di frattura col metodo della percussione ascoltata ascendono ormai ad oltre un centinaio. Mai mi occorse di non veder confermata dall'esame radiologico la mia diagnosi di frattura quando non vi fossero condizioni sfavorevoli all'applicazione del metodo (ematomi, versamenti, enfisema sottocutaneo). Ritengo che questo mio modesto contributo alla diagnosi di frattura possa riuscire molto utile sia per la sua semplicità, sia perchè esso permette di giungere ad un giudizio sicuro laddove mancano i mezzi sussidiari dei quali specialmente il medico condotto è affatto privo.

L'applicazione del metodo venne compiuta sotto il controllo del mio primario prof. Eugenio Casati, al quale rivolgo l'espressione del mio animo grato per i consigli di cui mi fu largo.

Ferrara, 3 luglio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

LAENNEC. *Traité de l'auscultation*, 1834, pag. 51.
CAMMAN e CLARK. Arch. génér. de méd., 1841, p. 225.
ROGER. Arch. génér. de médicine, juillet, août 1852.
POPPER u. STENGEL. Congress of the Association of American Physicians, 1896, may; Medical Record, 1896, XLIX vol., pag. 668.
RUNEBERG. Zeitschr. f. Klin. Med., 1900, Heft 42, 1-2.
CESARE MINERBI. Riv. crit. di Clin. Med., anno X, nn. 14-15, Firenze 1909.
PIORRY. *Atlas de plessimétrisme avec 42 planches, représentant plus de 250 dessins plessimétriques gravés sur bois.* Paris, 1851.
MOREAU de St. LUDGERE. *De l'ascultation chirurgicale.* Thèse de Paris, 1839.
GROTE. Münch. med. Woch., n. 10, S. 247, 1897.
PAL. Wien. med. Woch., 1902, n. 8.
BIANCHI. Lo Sperimentale, settembre 1888.
ID. Riv. delle Scienze mediche di Bologna, 1884, n. 10.
TESTUT JACOB. *Trattato di anatomia descrittiva*, 1918; *Trattato di anatomia topografica*, 1918, Torino.
A. SMITH. Würrburg, Kurt Kalisch, 1899, pag. 16
BENDERSKI. Atti del Congresso med. internaz. di Roma; Herm. Loescher, Torino 1894, voi. III, medicina interna, pag. 149.
BUCH. Deutsche med. Woch., 1901, n. 38.
HOFMANN. Münch. med. Woch., 1901, n. 35.
ERNST EDENS. *Lehrbuch der Percussion und Auskultation*, S. 95. Julius Springer, Berlin, 1920.
HENSCHEN. Upsala läkaresaksk för Landl, 1887-1888, 23 vol., pag. 420.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

La cura precoce della tubercolosi e della « debolezza organica » nei riguardi della pratica.

Prof. GIOACCHINO BRECCIA (Genova).

Per *debolezza organica* intendo ogni stato, congenito od acquisito, transitorio o permanente, dello sviluppo, del metabolismo, delle secrezioni (interne ed esterne) e del tono nervoso (vegetativo e di relazione), che diminuisca la *intensità* e la *stabilità* delle prestazioni organiche (le cosidette *robustezza* e *resistenza* organiche o fisiche) e predisponga agli stati morbosi specialmente esaurienti e infettivi.

Naturalmente questa non è che una indicazione di comodo, e non ha altro valore che rappresentativo.

D'altra parte ogni pratico conviene, come il giovane, il fanciullo, il soggetto dedito a qualsiasi attività, esili, a scheletro sottile, mal nutriti, facilmente esauribili, ed anemizzabili, facilmente dispeptici, disappetenti, se donne con abbondanti, deprimenti, anemizzanti, discratizzanti, o ravvicinate mestruazioni, maschi o femmine iposurrenali, distiroidei, insomma disendocrinici, appartengono a questo gruppo, che noi abbiamo indicato globalmente col nome di *debolezza organica*, candidati a cedere ad ogni azione morbosa e a ogni infezione acuta o cronica, subito che ne sopravvenga l'occasione.

Senza dire, come si possa sistemare questo gruppo della debolezza organica, basta accennare

qui che si tratta sempre di deviazioni delle principali funzioni della vita vegetativa cioè lo sviluppo, la istogenesi fisiologica dei tessuti e degli organi, il ricambio materiale, la funzione nervosa, la secrezione interna ed esterna. Tali deviazioni dalla norma delle dette funzioni possono essere in eccesso o in difetto o consistere nell'allontanarsi dalle modalità e dal *ritmo* normale della vita, il che in ogni caso conduce egualmente ad una forma di *debolezza organica.*

Ora è pacifico che questa *debolezza organica* (per eccesso, per difetto, per difformità) è il substrato favoreggiatore e complice necessario dell'attecchimento della infezione tubercolare e dello sviluppo della infezione e localizzazione contenuta e inattiva in malattia attiva e progressiva. La *debolezza organica così intesa* è dunque la causa *necessaria* e *sufficiente* di attecchimento e di attivazione tubercolare. La dimostrazione analitica di ciò, che per il pratico è del resto intuitiva, non può trovar luogo in questo scritto.

Così non si può qui dare la dimostrazione didattica che molte di codeste deviazioni funzionali, che abbiamo riunito sotto le bandiere della debolezza organica, sono effetto della infezione tubercolare già avvenuta ma ignorata e non progressiva e non più uno stato di preparazione alla stessa.

È innegabile oggidì che la infezione tubercolare già avvenuta, ma non manifesta in modo tradizionale, e la predisposizione organica a tale infezione hanno fenomeni molto simili fra loro e possono comunemente essere prese l'una per l'altra.

D'altra parte è facile dimostrare che il reperto di una localizzazione tubercolare, non avente caratteri anatomici di attività, se non sia accompagnato da *distrofie, displasie, dischimie* e *disdinamie* del tipo delle anzidette, non ha per noi alcun utile significato. Da ciò si comprende quale difficoltà si addensi intorno all'accertamento, non già della tubercolizzazione, stato di infezione inattiva e non progressiva, ma della tubercolosi, cioè stato di malattia con attività anatomica di processo e attività fisiologica o modificatrice delle funzioni organiche.

Che cosa si intende correntemente col nome di diagnosi precoce della tubercolosi?

Dovrebbe significare l'accertamento di questa attività anatomoclinica tubercolare nei primi periodi del suo divenire. Ora, noi lo abbiamo veduto, ci sono stati di *debolezza organica,* che danno la stessa fenomenologia funzionale tubercolare, mentre non sono tubercolari ancora, e ci sono stati di infezione tubercolare, che non danno alcuna turba funzionale apprezzabile (forme mute, sopite, inattive, o cosidette « sclerosi »): infine ci sono focolai tubercolari, che presentano tutti i caratteri della forma inattiva e obsoleta, che si riaccendono subitamente, senza che appaia, almeno in modo agevole e ovvio, la causa d'attivazione.

Non è adunque possibile fare una diagnosi precoce di *attività tubercolare,* nel senso dello sviluppo della forma, bisogna invece convenire che la più precoce diagnosi non è una diagnosi di inizio di lesione tubercolare, ma di *sindrome di palesamento* tubercolare.

Per coloro, che hanno particolare conoscenza di istopatologia, tale concetto sarà abbastanza giustificato col fatto, ormai non più impugnabile, che un grandissimo numero di localizzazioni tubercolari a « focolai discreti », cioè disseminati, sopra un polmone a contenuto d'aria normale o aumentato (per lieve enfisema), anche se non esistano condizioni, che diminuiscano la visibilità del parenchima polmonare (masse muscolari abbondanti, inspessimenti pleurici, ecc.), possono non dare alcun segno di sè, perchè non modificano le qualità acustiche e ottiche del tessuto polmonare, studiato clinicamente e radiologicamente. Non parlo nemmeno delle localizzazioni extrapolmonari e ghiandolari profonde, delle quali la diagnosi di *forma iniziale,* oltrechè impossibile, è chiaramente assurda. Si capisce agevolmente adunque che la diagnosi precoce della tubercolosi si limita allo scoprimento precoce dei segni di *palesamento* d'attività, che si potrebbero dire *segni epifanici.*

Poco fa suscitò in Francia un certo disagio un articolo di Andrea Jousset, che veniva a dire in altre parole che segni diagnostici precoci di lesione tubercolare non esistono.

Per le considerazioni, che precedono, tale disagio non ha ragione di essere, e bisogna ritener per certo che vi sono forme tubercolari attive ignorate, forme attive ma silenziose, forme realmente inattive ma *progressibili,* e forme definitivamente inattive, come già ebbi a dimostrare molti anni fa (1914) ed esistono sindromi di perturbazione della vita vegetativa, che indichiamo col nome di debolezza organica, che sono, o segni epifanici di lesioni tubercolari oscure od ignote o condizioni caratteristiche di substrato organico *minorato* o *tubercolofilo* non ancora tubercolizzato, se mi si permette il neologismo.

Così stando le cose, il problema curativo pratico si sposta e si solleva in più largo orizzonte. In luogo di perseguire, spesso senza pro, la traccia di reperti fisici indicanti variazioni grossolane di organi accessibili alla osservazione, o seguire esponenti umorali di attività tubercolare, che sono invece indici di alcune reazioni chimiche contro la penetrazione in circolo di anti-

geni bacillari, anche non da attività di focolaio o denotanti appena che l'organismo abbia, secondo la felice espressione del Bordet, « avuto a che fare » col bacillo di Koch, occorre sorvegliare attentamente questi segni di *debolezza organica*, esponente di tubercolizzazione occulta già avvenuta o facile ad avvenire e cercare di modificarli nei limiti del possibile.

Ciò è scientificamente rigoroso e supera la portata utile della diagnosi precoce, spesso inattingibile, perchè curare il substrato, quanto prima è possibile, dacchè appare modificato, significa o fare la profilassi biologica o la cura precoce di quella infezione tubercolare attiva, che può esistere egualmente, anche se le ricerche fisiche e biologiche siano dubbie o negative.

Quanto sia importante nella pratica questa verità possono dire tutti i medici, che abbiano seguìto per qualche decina d'anni quei cosidetti tarati e affetti da *debolezza organica*, che l'accertamento tubercolare ripetuto e presumibilmente competente aveva dichiarato o « immuni » o « palesamente malati ». L'osservazione di codesti medici insegna, come con molta frequenza tali immuni dopo poco sono addivenuti, anche con la più cauta esistenza, infermi attivi e progressivi, spesso con esito rapidamente letale e tali « palesemente malati » non hanno mai dato segni di attività; se donne hanno ripetutamente avuto bambini, o in genere si sono dati a vita di lavoro e spesso penosa. La pratica insegna eziandio che esiti così disparati trovano riscontro nelle diverse condizioni della funzione vegetativa, formativa (o di sviluppo), metabolica (o di nutrizione), secretiva e nervosa (o di equilibrio neuroormonico), che caratterizzano con l'entità delle loro perturbazioni quella, che abbiamo impropriamente detta *debolezza organica* e che ora potremmo dire con minore improprietà *disfunzione vegetativa* dei soggetti.

In pratica adunque la cura precoce della tubercolosi si identifica con la cura sollecita della debolezza organica, o meglio delle perturbazioni della funzione vegetativa complessiva e globare. Battere la fiacchezza organica significa curare i focolai latenti di tubercolosi e mettere in grado il soggetto di provvedersi per il presente o per l'avvenire delle difese o resistenze organiche, qualunque esse siano, che noi possiamo, come dice il Bordet, stimolare, ma non possiamo conferire.

I principî fondamentali della cura precoce della debolezza organica e della tubercolosi iniziale e latente si possono riassumere in sintesi generali così:

Agire sulle perturbazioni biologiche formative e funzionali che costituiscono i singoli tipi di *debolezza organica* e così: *a*) correggere i *difetti dello sviluppo*, secondo i concetti, che addivengono sempre più precisi, della *terapia costituzionale; b*) modificare gli *stati metabolici* non favorevoli secondo i precetti della clinica moderna mediante la *terapia alimentare*, le *cure fisiche opportune* e *climatiche* più adatte; *c*) regolare la *funzione nervosa* mediante la corrispondente *regolazione di vita; d*) emendare le *perturbazioni secretive interne ed esterne* con la *terapia ormonica* e *endocrinomotrice; e*) normalizzare le *funzioni organiche fondamentali*, circolatorie, respiratorie, digerenti, emuntorie e sessuali ove mai dall'emendamento delle funzioni vegetative metabolico-neuroormoniche non siano state normalizzate.

Questa cura delle funzioni vegetative (dello sviluppo e dell'istogenesi, del metabolismo, della attività nervosa e secretiva interna ed esterna), prima che si insedî la malattia e allo scopo di armare il soggetto a difesa dalle cause di male, merita il nome di *cura ortobiologica o bonifica umana*. Si differenzia dalla profilassi igienica corrente, che si limita ad evitare al possibile le cause di male, senza potere curare clinicamente l'organismo attaccato e disporlo a resistere con la normalizzazione delle sue funzioni fondamentali. Si differenzia dalla medicina tradizionale, che si occupa delle variazioni anatomiche e funzionali solo, quando raggiungono lo stato di malattia, cioè non sono più compatibili con l'attività minima della vita. La bonifica si propone dunque il *miglioramento indefinito* dello sviluppo e delle funzioni organiche allo scopo di rendere sempre maggiore la capacità funzionale (eventualmente lavorativa) e la resistenza organica del soggetto contro ogni causa di male.

Come si vede, se la cura ortobiologica o bonifica fisiologica è il trattamento più adatto tanto nella debolezza organica, quanto nella tubercolosi iniziale, per le sue caratteristiche supera certamente anche questo scopo e serve per ogni caso, in cui convenga normalizzare le funzioni organiche e promuovere l'incremento dell'individuo e della razza. Il suo valore antitubercolare profilattico e curativo è compreso in un valore modificatore del substrato organico di gran lunga più vasto, anzi generale.

Non è possibile addentrarsi nelle modalità dei diversi generi di cura ortobiologica, che si impiegano nella bonifica delle costituzioni sfavorevoli e nella tubercolosi in primo palesamento; in una breve nota basta avere accennato al concetto centrale, su cui esse si fondano; occorre gran senso clinico e tecnica terapeutica molto esatta per impiegarle a dovere e in certi casi è opportuno l'uso di stabilimenti appositi di cura.

Ma qui sorge opportuna una domanda:

Basta la cura ortobiologica, la bioterapia (come anche può essere detta) nei casi di tubercolosi attiva e non di debolezza organica?

Secondo la mia esperienza di un ventennio, che concorda con infinite constatazioni, che facilmente possono raccogliersi da lavori analitici di ogni parte del mondo, si deve concludere che basta certamente, a meno che l'attivazione tubercolare non sia molto grave e rapida. A mia esperienza nessuna cura antitubercolare, comunque denominata, dà risultati maggiori della cura ortobiologica o di bonifica e quando la forma decorre con segni di evoluzione grave, come negli animali molto recettivi, di cui parla il Bordet, nessun mezzo raggiunge il suo scopo.

La cura ortobiologica ha, come abbiamo visto, il gran merito di potere sovvenire alla evoluzione tubercolare, prima che sia sicuramente accertabile. I suoi elementi essenziali sono la sua *azione sostitutiva* e la sua *azione reintegrativa*: sostituire i *deficits* delle funzioni organiche (vegetative), utili massimamente alla difesa dall'attivazione tubercolare (quali in molti casi, la funzione del fegato, delle capsule soprarenali, delle paratiroidi, della milza, del midollo osseo, ecc.), reintegrare gli effetti dannosi della localizzazione tubercolare attivata (come l'acidità dei liquidi circolanti, la perdita di basi saline, le perturbazioni del metabolismo proteico e lipoideo proprio del tubercolotico, l'instabilità jonocolloidale, e lo stato di sensibilità agli shocks spesso intensa, ecc.). Ma in confronto della cura ortobiologica,

Che cosa valgono le cure specifiche cioè fatte con gl'infiniti e sempre più numerosi derivati bacillari che vanno in commercio?

Il maggior numero dei ricercatori concordano nel negare ogni utilità pratica alle *cure sieroterapiche* antitubercolari, le quali, oltre che mostrarsi negative, eccetto nei primi momenti di setticemie tubercolari, impiegati ad alta dose (Andrea Jousset), sono destinate a essere a lungo andare neutralizzate in pieno per la formazione di « antianticorpi », che l'organismo non tarda a produrre contro di essi sieri, come ha dimostrato fra i primi J. Bordet.

È medesimamente concorde la maggioranza dei patologi moderni nel ritenere molto modesto il beneficio delle *cure con tubercoline, vaccini* e cure *immunitarie attive*, le quali per la loro stretta e limitata indicazione sono utili a quelle forme, in cui la guarigione sarebbe possibile anche spontaneamente, cioè quando la attivazione non è intensa e grave. Al contrario il pericolo di congestivazioni dannose e di scoppi di sensibilità specifica e aspecifica supera in molti casi l'utilità aleatoria di simili mezzi modificatori degli equilibri jono-colloidali del malato di petto. Questo è spesso un disequilibrato vago-simpatico e un soggetto reattivo alla introduzione di qualsiasi sostanza, che modifichi la composizione dei suoi liquidi circolanti: una soluzione non perfettamente isotonica o contenente elettroliti, che spostino i componenti fisiologici elettrolitici del suo plasma, iniettata per via parenterale, può dare una notevole reazione in ogni periodo del decorso morboso, anche nelle forme di primo palesamento. Io ho visto alcuni malati reagire aumentando i fatti locali e generali, febbre e denutrizione comprese, per somministrazione orale di proteine, le quali, assorbendosi immodificate nel sistema digerente, hanno azione modificatrice non diversa da quella, che deriva dalla loro introduzione ipodermica. La stessa emoglobina e il peptone mi dettero alcune volte tali risultati. Bisogna ritenere non utili adunque nella cura dei soggetti con disfunzioni vegetative o « debolezza organica », e con lesioni tubercolari in palesamento moltissimi preparati tubercolinici o non tubercolinici, che contengano proteine di qualsiasi natura, molti preparati contenenti sangue, peptoni, albumose, ecc., la cui conservazione è spesso pessima o fatta con sostanze antisettiche, con glicerina, e perfino con alcool, che le precipita o denatura in modo imprecisabile. Tutte queste cure sono estremamente pericolose e scientificamente sbagliate.

Non meno pericolose sono le cure con balsamici o antisettici, la cui azione disinfettante è praticamente nulla, non potendo somministrarsi mai nella dose necessaria, perchè raggiungano in circolo la concentrazione, nella quale appaiono attivi sperimentalmente in vitro, e la cui velenosità contro il fegato e gli altri emuntori è sicura, come è molto probabile la azione congestivante e irritante delle mucose, quella respiratoria in ispecie. Mentre di nessuna sostanza è stata dimostrata un'*attendibile affinità elettiva* contro il bacillo, così che per comune consenso non si può parlare ancora di azione chemioterapica degna di questo nome, è sicura una « azione di stimolo vegetativo » delle cure (oltrechè dell'ambiente, dell'attività, della alimentazione), di cui mi occupo in un'altra nota. Quindi le cure cosidette ricostituenti, se fatte con elettroliti d'azione intensa, come ferro, arsenico, fosforo, jodio, riescono per molte ragioni, che non possono essere elencate qui, frequentemente dannose nei tubercolosi e

nei soggetti, che non si trovino in condizioni di superare con una reazione conservativa e favorevole lo stimolo medicamentoso (*cura di reazione*).

Stimolare il sistema vegetativo metabolico e neuroormonico significa il più delle volte accelerare il catabolismo organico, la disassimilazione dei tessuti, con effetti per lo più dannosi, sia nei nostri soggetti con debolezza organica, sia nei tubercolotici in palesamento, il cui ricambio anzichè essere a caso accelerato, deve essere razionalmente regolarizzato.

E perchè non esiste a tutt'oggi un mezzo che conferisca una pratica, sia pure relativa, refrattarietà antitubercolare e si ritiene che solo i bacilli vivi possano in particolari contingenze indurre un certo grado di temporanea reazione immunitaria, si comprende come la cura normalizzatrice ortobiologica, di cui si è detto, oltrechè correggere gli stati di « debolezza organica », il che è sempre utile e talvolta indispensabile all'infuori di ogni minaccia antitubercolare, costituisce un vero trattamento immunitario e vaccinante, la cui portata sanno bene coloro, che hanno veduto gli effetti delle cure predette nei malati di tubercolosi miti, ghiandolari, ossee, p. es., negli astenici e nei tarati.

Gli elementi immunizzanti della cura ortobiologica risultano dagli stessi fattori che la compongono (aumento della produzione di sostanze protettive umorali, dovute al miglioramento funzionale degli organi a ciò deputati, o alla autoinoculazione da focolai latenti in seguito alle cure fisiche e di regolato esercizio, miglioramento della immunità istogena per il migliorato trofismo universale, diminuita sensibilità agli shoks, per il migliorato equilibrio vago-simpatico e chimico, ecc. ecc.), e non possono brevemente essere indicati.

Lo scopo di questa nota sarà però pienamente raggiunto, se riuscirà a dare la persuasione che il problema centrale della protezione dalla tubercolosi e la sua cura precoce si concentra nella lotta contro la debolezza organica (rispettivamente disfunzione vegetativa) dei soggetti. Questa lotta ha valore preventivo e curativo accertato, ed ha capitale importanza anche di per se stessa, perchè conferisce una aumentata resistenza contro altre cause di male e una maggiore capacità funzionale e perciò lavorativa, vale a dire un miglioramento dell'individuo e della razza.

Genova, 14 settembre 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Contributo clinico alla cura del tetano col metodo Baccelli

per il dott. GIUSEPPE FAMIGLIETTI
Frigento (Avellino).

Contro il tetano sono stati, per il passato, molti e vari rimedi tentati; la scoverta, però, del bacillo, come causa specifica di esso, doveva risolvere la questione assillante della cura di tale malattia.

Fra i diversi metodi e mezzi curativi, fin'oggi proposti per esso, due solamente sembrano consigliabili, sia perchè entrambi corrispondono al moderno indirizzo scientifico, sia perchè tutti e due hanno dato risultati positivi: l'uno, le iniezioni di acido fenico ad alte dosi, introdotto in terapia dal genio intuitivo del Baccelli; l'altro, le iniezioni di antitossina del Kitosato, del Tizzoni. Ciascuno di essi ha al proprio attivo numerosi successi terapeutici; io, però, in due casi di certa gravità avuti nella mia pratica professionale, ho prescelto il metodo del Baccelli. Nè questa mia breve nota avrebbe ragione di essere, dopo tutto quanto si è pubblicato sullo stesso argomento. Casi di tetano, guariti con dosi massive di acido fenico, non costituiscono più, ormai, una rarità. Però, non è raro, ancora oggi, imbattersi in colleghi, i quali, per innato misoneismo, o per radicata diffidenza, negano all'acido fenico, nel tetano, ogni virtù terapeutica.

Questi due casi furono da me osservati alla distanza di un paio d'anni l'uno dall'altro.

CASO I. — E. Anzalone, di anni 18, contadina. Essa racconta, con lucidità straordinaria di mente, che un giorno, mentre camminava di fretta sull'aia, urtò con l'alluce del piede destro contro una delle punte di una forca di ferro, che si usano in queste contrade per lo spagliamento del grano, e riportò una lievissima ferita, tanto che la lasciò senza cura alcuna. Però il 25 giugno del 1917, quindici giorni, cioè, dopo che si era prodotta tale lesione cominciò ad avvertire una leggiera difficoltà nel movimento degli arti superiori, nonchè un leggiero dolore alle spalle ed alle articolazioni del mascellare, da non poter aprire la bocca.

Il giorno 27 dello stesso mese, questi fatti si accentuarono, da aversi un vero trisma e rigidità dei muscoli del dorso; e per questi disturbi il padre si decise di trasportarla in paese e farla visitare e curare.

All'osservazione, essa ha l'aspetto sofferente, sorriso leggermente sardonico e decubito assolutamente supino. Il capo è flesso alquanto in dietro, per la contrattura dei muscoli della nuca. La contrattura dei muscoli massateri (trisma) le permettono l'apertura della bocca appena di un centimetro. La respirazione è frequente e superficiale. La lingua è arida ed impaniata; le pupille sono

mictiche e la temperatura è di 39° 1/2, con 125 pulsazioni. I riflessi cutanei sono molto esagerati, e l'esame di essi provoca delle contrazioni dolorose, contrazioni che, il padre assicura, si ripetono ogni due o tre ore, anche senza stimolo esterno. Con questo quadro fenomenico faccio diagnosi di tetano, occasionato dalla lesione riportata all'alluce del piede destro, quindici giorni prima; e della quale lesione costituiva la traccia una piccola crosticina, che, tolta, lasciava vedere il tessuto sottostante completamente guarito.

Della gravità del caso rendo edotta la famiglia, ed inizio, senza perdita di tempo, la cura del Baccelli.

Il primo giorno di cura inietto sottocute cinque cmc. di acido fenico, ogni tre ore, fino ad introdurne nell'organismo della paziente 25 cmc. nelle 24 ore.

Per la stipsi prescrivo una forte dose di solfato di soda: la dieta è esclusivamente liquida (latte), che viene preso con cannello. Le prescrivo, inoltre, una pozione di bromuro di potassio assieme ad idrato di cloralio. La ferita viene lavata con soluzione fenica, ed ordino alla famiglia di conservare quiete assoluta nella stanza della inferma.

Ecco, intanto, il diario clinico dei giorni seguenti:

28 giugno: contrazioni spasmodiche muscolari generali dolorosissime e frequenti, con stiramento in largo della bocca, da aversi il tipo della facies sardonica. Temp. 39 1/2, urine circa un litro. Inietto, ogni tre ore, dieci cmc. di acido fenico, da sommarne 60 nelle 24 ore.

Poichè la inferma non può riposare verso le undici di sera le pratico una iniezione di morfina, che le porta un sollievo relativo.

30 giugno: le scosse muscolari sono meno frequenti e di minore intensità: temperatura 38.5, pulsazioni 124, urine grammi 850, e normali. Nella giornata inietto 90 cmc. di acido fenico.

1° luglio: le scosse diminuiscono di numero ed anche d'intensità. La temperatura è quasi fisiologica, mentre le orine sono scarsissime e nerastre, per cui sospendo per 12 ore le iniezioni di fenolo.

4 luglio: le contrazioni tetaniche sono aumentate, come pure la temperatura è lievemente aumentata. L'orina è ancora scarsa. Inietto 25 cmc. di fenolo, in due volte.

5 luglio: le contrazioni sono diminuite: il trisma è quasi scomparso. L'orina è aumentata. Nelle 24 ore inietto 50 cmc. di fenolo.

6 luglio: continua il miglioramento: inietto 40 cmc. di fenolo.

7 luglio: è scomparsa la rigidità degli arti inferiori. L'inferma può giacere anche di lato. Le orine raggiungono la quantità di 1200 grammi, senza albumina. Vi è stipsi, per la quale prescrivo 25 grammi di solfato di soda. Inietto 30 cmc. di acido fenico.

8 luglio: ricompaiono le contrazioni accentuate. Si aumenta la temperatura di mezzo grado. Inietto nelle 24 ore 90 cmc. di fenolo. Per far riposare la inferma, la sera, inietto sotto cute un centigrammo di morfina. Le orine sono leggermente diminuite.

9-10 luglio: le scosse muscolari sono ridotte di molto per numero e per intensità. La bocca si apre senza difficoltà; la temperatura è normale, le orine sono poco più di un litro. Inietto 50 cmc. di acido fenico per ciascun giorno.

11-15 luglio: le contrazioni muscolari sono quasi scomparse: la temperatura è normale. Inietto 30 cmc. di fenolo per ogni giorno.

15-18 luglio: il miglioramento va accentuandosi sempre più, in modo che gli arti superiori ed inferiori sono divenuti mobili, senza dolore: sono pure scomparsi il trisma e la rigidità della nuca. In tutti e tre i giorni inietto 60 cmc. di fenolo.

18-21 luglio: le condizioni della paziente sono migliorate: essa comincia ad alzarsi, dolendosi, però, di una certa stanchezza alla colonna vertebrale. Sospendo le iniezioni di acido fenico.

21-23 luglio: la inferma è in condizioni di non avere più bisogno della visita medica: le consiglio l'alimentazione mista, e consento alla famiglia di portarla alla propria casa, in campagna.

CASO II. — V. Di Rienzo, di anni 7, di costituzione scheletrica scarsa, di aspetto gracile: ha sofferto il morbillo. Un paio di giorni prima di chiamare il medico, riferisce di aver avvertito difficoltà dei movimenti delle mascelle, attribuita dalla famiglia a dolori di denti, e dolori reumatoidi in tutta la persona, con qualche grado di febbre.

Allorquando sono chiamato a visitarlo, vi trovo il quadro completo del tetano: spiccatissimi il viso sardonico, il trisma e l'opistotono, con febbre alta (40°) e dispnea. Alle mie insistenti domande onde accertarne la causa, il ragazzo mi racconta che una quindicina di giorni prima, camminando scalzo, si punse al calcagno destro con un chiodetto di scarpa. Egli a tale lesione non diede alcuna importanza, ed al momento della mia visita vi erano di essa ancora tracce, consistenti in un piccolo processo suppurativo, coverto di crosticina.

Gli pratico, senza indugio, la cura del Baccelli, e trascurando di riferirne dettagliatamente il diario clinico, rilevo che inietto il primo giorno 15 cmc. di fenolo, per arrivare gradatamente a 75 cmc. nelle 24 ore.

Cominciato il miglioramento del piccolo infermo, manifestatosi colla discesa della febbre, colla diminuzione delle scosse muscolari, del trisma e dell'opistotono, riduco anche gradatamente la quantità di acido fenico da iniettare, fino a 10 cmc. nelle 24 ore. Dopo 20 giorni di cura il piccolo infermo è guarito. Complessivamente nella cura intiera sono stati iniettati 8 grammi di acido fenico. Durante tale cura un solo giorno le orine furono scarse ed albuminuriche, per cui dovetti sospendere per 24 ore le iniezioni. Come cura sintomatica somministrai all'infermo la paraldeide ed il bromuro di potassio, con una dieta liquida (latte).

Ed ora, su questi due casi clinici, non credo superfluo fare qualche considerazione di utilità pratica.

Secondo la classifica del Rose, essi non sarebbero da ritenersi fra i più gravi, perchè la incubazione è stata superiore ai dieci giorni, e lo sviluppo lento. Ciò non deve, però, infirmare la bontà e la efficacia della cura del Baccelli. Difatti, prima della cura si ebbe un progressivo peggioramento: iniziata la cura, invece, fino a quando l'acido fenico fu mantenuto ad una dose rela-

tivamente bassa, la sintomatologia restò invariata; aumentata la dose di esso, il miglioramento fu rapido. E viceversa, diminuita la quantità di esso, per l'albuminuria avveratasi, gl'infermi peggiorarono di nuovo. La guarigione completa si ottenne allorquando la quantità di acido fenico iniettata fu di 90 cmc. nel primo, e di 75 cmc. nel secondo.

L'acido fenico, nella terapia del tetano, ha dimostrato di avere un'azione antitossica, sedativa ed antitermica. In realtà, dal diario clinico, del primo caso specialmente, due o tre giorni dopo le iniezioni di acido fenico, a forti dosi, si osservò la febbre ed altri sintomi tossici quasi scomparire, mentre i fenomeni dolorosi di molto attenuarsi. Fatti, che possono spiegarsi come un effetto di un processo di neutralizzazione, che il rimedio ha sulle tossine del bacillo del Nicolaier. Nè il miglioramento di tali sintomi può ritenersi casuale, e cioè, dipendente unicamente dai poteri di difesa dell'organismo, perchè esso si nota quasi subito dopo le forti dosi di acido fenico. Nei nostri due casi, anzi, la diversa azione dell'acido fenico nella cura del tetano fu dimostrata dalla prova e riprova. Sospese le iniezioni, i fenomeni tossici, termici e nervosi si videro aumentare, e ripigliatele, essi divennero attenuati fino a scomparire.

Nè obbiezione seria può farsi all'uso di questa cura, giacchè i fatti albuminurici, tanto temuti, per l'azione del fenolo, spinto a forti dosi, sul rene non costituiscono preoccupazione. È necessario sapersi regolare dall'accurata osservazione della urina.

In conclusione, se non si parte da preconcetti, bisogna riconoscere, che le iniezioni di acido fenico, a dose elevatissima, sono per il tetano un metodo di cura scientifico e pratico, a cui molti infermi devono la loro vita. Ad esso, però, devesi associare la cura locale e la cura sedativa, a base di paraldeide, morfina, ecc.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La clinica della mialgia.

(F. PLATE. *Med. Klin.*, n. 42, ottobre 1925).

Per mialgia si deve intendere una nevralgia che colpisce i nervi sensitivi dei muscoli.

Etiologicamente hanno importanza fondamentale i raffreddamenti e gli strapazzi muscolari cronici, i quali due fattori spesso si trovano riuniti.

Si può dire che vengono di preferenza colpiti i gruppi muscolari deputati a una funzione statica, i quali si trovano in contrazione pressochè permanente. I gruppi muscolari degli arti ne sono invece colpiti con estrema rarità.

La causa di tale localizzazione di preferenza è basata sul fatto che nei muscoli sottoposti a un lavoro continuo la circolazione viene assai ostacolata dallo stato di contrattura delle fibre, diguisachè, mentre da un lato i veleni della fatica sono eliminati con grande lentezza, dall'altro lato i materiali nutritivi necessari vi pervengono con difficoltà. È quindi logico pensare come a un certo momento, sopraggiungendo altri influssi patogeni, il tessuto si ammali e reagisca provocando fenomeni dolorosi.

Il fattore etiologico raffreddamento assume speciale valore quando agisce su individui a cute umida e gelida. Le donne nel climaterio vanno perciò in particolar modo soggette alla malattia. La foggia del vestire e l'abbondanza dei capelli, che impedisce un disseccamento completo dopo i lavaggi del capo, costituiscono altri fattori predisponenti per il sesso femminile, per quanto riguarda le mialgie dei muscoli della nuca e della testa.

La mialgia può essere acuta e cronica. Vi è poi una forma latente, rappresentata da uno stato in cui si riesce a mettere in evidenza dei tipici punti dolorosi mialgici in pazienti apparentemente sani.

Per giungere alla diagnosi di mialgia conviene rilevare, oltre alle alterazioni dei movimenti, anche lo stato delle regioni colpite. Il muscolo mialgico è più duro del sano, e spesso vi si riscontrano irregolarità dovute a contratture di difesa delle fibre integre intorno a quelle malate.

La dolorabilità del muscolo è di regola massima in prossimità del capo tendineo, ed il dolore spesso si irradia, senza seguire speciali vie nervose.

Una delle forme più frequenti di mialgia è quella localizzata alle tempie e alla nuca, e si esacerba coi movimenti del capo e per azione del freddo. È però spesso sufficiente compiere i primi

movimenti col capo dopo essersi levato di letto, per vedere mitigarsi e sparire il dolore. La malattia dura anche per anni, e la mestruazione può esacerbarla. In qualche caso si presenta monolaterale, ed allora si distinguerà dall'emicrania per la mancanza di scotomi scintillanti. Esaminando il malato si troveranno caratteristici punti dolorosi del trapezio, quasi al mezzo della spalla, dove negli uomini poggia la bretella, e all'attacco cranico. È dolente anche l'inserzione del temporale e la troclea orbitale, cioè quel piccolo uncino osseo posto nella porzione superiore della parete mediana dell'orbita.

In questa forma giovano i massaggi cauti e leggieri.

Un'altra forma piuttosto frequente è la mialgia della spalla, ed i malati accusano dolori violenti che si irradiano verso la punta delle dita. I movimenti bruschi riescono pure dolorosi e provocano una resistenza muscolare. È percio facile, per tali sintomi, essere indotti a diagnosticare una nevralgia del plesso o un'artrite omerale; mancano però i caratteristici punti dolorosi di Erb e i disturbi della sensibilità, e quando si osserva il malato mentre cammina si rilevano le contrazioni dei muscoli della spalla sincroni a quelli dell'arto inferiore. Manca inoltre qualsiasi fatto di atrofia muscolare e non si nota alcuna rotazione interna dell'arto, come avviene nelle flogosi articolari. All'esame del paziente si risveglia per lo più dolore in corrispondenza dell'inserzione del gran pettorale al braccio.

In questi casi il massaggio non dà resultati troppo buoni ed è meglio provare ad infiltrare il tessuto dolente con 5-6 cmc. di novocaina al 2 %. I dolori notturni saranno combattuti con una speciale posizione, tenendo cioè il braccio alzato, e l'avambraccio orizzontale al disopra del capo. Nei casi resistenti al trattamento bisognerà escludere che vi sia anche un focolaio di periostite luetica.

La lombaggine è un'altra forma di mialgia, non sempre diagnosticata. Nell'etiologia si ritrova quasi sempre un raffreddamento o uno strapazzo. Nella posizione distesa i dolori aumentano. La muscolatura lombare è dolente alla pressione da uno o da ambedue i lati, specialmente sulle ultime costole e al disopra dell'ileo, cioè alle inserzioni del quadrato dei lombi. Il malato cerca di non contrarre i muscoli dolenti e si ruota di conseguenza verso il lato malato, diguisachè si può avere una vera e propria scoliosi delle vertebre lombari, e le apofisi spinose di tali vertebre, ben visibili nel sano, possono poco o affatto restare appariscenti. Prima di far diagnosi di lombaggine bisogna però escludere che si tratti di un'affezione pleurica, renale, vertebrale, od anche di una semplice nevralgia intercostale, nella quale si troveranno di regola i punti dolorosi caratteristici.

Non bisogna poi dimenticare che una lombaggine può anche essere secondaria ad alterazioni della statica normale, come avviene nelle malattie o nelle insufficienze muscolari del piede.

Una lombaggine che non ha tendenza a scomparire dopo 8-10 giorni deve far sempre sospettare qualche causa patologica più profonda.

Tra le mialgie deve esser posta la sciatica scoliotica. La sciatica pura è infatti assai rara, perchè per lo più si accompagna ad una mialgia dello psoas. Questa si può mettere in evidenza sia risvegliando il dolore dal lato malato con la pressione esercitata profondamente attraverso alla parete addominale, sia provocando parimenti dolore in corrispondenza del piccolo trocantere, sia infine ricercando il segno di Lasègue crociato.

La terapia consisterà in massaggi dello psoas, in bagni caldi, in iniezioni nel muscolo di soluzioni di novocaina al 0,5 %. Per diminuire i dolori durante il riposo in letto si porranno dei cuscini sotto al ginocchio e lungo la coscia, in modo da impedire l'allungamento completo dell'arto inferiore e la sua rotazione all'esterno.

Non deve essere dimenticato che ogni ischialgia bilaterale è fortemente sospetta di lesione centrale.

Una forma che facilmente può dar luogo ad errori diagnostici è la mialgia dei glutei, la quale in genere apparisce come conseguenza di affaticamento per la viziata posizione che tali muscoli assumono sia nei malati di sciatica che in svariate affezioni dell'anca. Anche in tale mialgia il segno di Lasègue può essere positivo, in quanto la massa dei glutei viene con la manovra stirata fortemente. Converrà allora ricercare le zone dolorose in corrispondenza delle inserzioni muscolari all'ileo.

Un'importanza notevole hanno le mialgie secondarie a tutte le anomalie statiche legate alle artriti e spondiliti deformanti, e prodotte dall'affaticamento eccessivo al quale vanno soggetti determinati gruppi muscolari, che in posizioni viziate devono compiere movimenti coatti.

In tutte le artropatie deformanti si produce anche un indebolimento della muscolatura per atrofie riflesse, le quali vengono accentuate dai movimenti dolorosi delle articolazioni malate. In tali casi, vincendo la mialgia con massaggi e applicazioni calde, si riesce spesso a irrobustire i muscoli, ed insegnando al paziente a compiere movimenti articolari adatti, gli si può procurare un relativo benessere.

M. FABERI.

IGIENE.

La profilassi dell'influenza.

Di fronte alla buona organizzazione igienica che ci permette di combattere con successo molte malattie, come la difterite, il vaiuolo, la tifoide, il colera, ecc., poco o nulla si fa contro l'influenza che pure, specialmente in occasione delle pandemie, miete centinaia di migliaia di vittime. È in tutti vivo il ricordo della pandemia del 1918-1920, che nel volgo, per la rapida diffusione e l'alta mortalità, aveva indotto la convinzione che si trattasse di peste. Il nostro armamentario profilattico, e l'organizzazione dei servizi igienici, in quell'occasione, erano pressochè negativi, non dissimili forse nei risultati dalle poche precauzioni che si prendevano durante le storiche epidemie di peste del passato. Anche le popolazioni, del resto, nei periodi di tempo intercorrenti fra due ondate pandemiche, considerano l'influenza con una certa noncuranza e durante la pandemia stessa, pure essendo invase qua e là dal panico, rimangono in complesso tranquille, specialmente per il raffronto fra l'enorme numero dei colpiti e quello relativamente piccolo dei morti.

Si spiega da taluno questa relativa apatia degli igienisti e delle popolazioni con il fatto che, non conoscendo bene la causa dell'influenza e non essendo in possesso di un sicuro rimedio, non possiamo lottare contro di essa con probabilità di riuscita. L'obbiezione, però, non è valida, in quanto che noi non conosciamo il germe, p. es., del vaiuolo eppure siamo efficacemente armati contro di esso, non possediamo un rimedio sicuro contro la tubercolosi eppure si va organizzando una seria lotta contro di essa. La ragione si deve ricercare soprattutto nel fatto che, passata l'ondata pandemica, l'influenza, se pure è sempre la stessa dà soltanto forme relativamente lievi a contagiosità attenuata e quindi non incute timore, poichè il ricordo della pandemia svanisce rapidamente.

Del resto, le nostre conoscenze sull'influenza, sebbene lungi dall'essere complete, sono pur tali da permettere di fare qualche cosa per impedirne o almeno limitarne la diffusione.

Si ammette ora dai più che nell'influenza noi abbiamo a che fare con un virus filtrabile, rapidamente e facilmente diffusibile, che attacca l'organismo e scompare rapidamente, preparando il terreno, specialmente nelle vie respiratorie ai germi di associazione, bacillo di Pfeiffer, stafilo-, strepto-, pneumococchi. Corrispondentemente, abbiamo due fasi della malattia: la febbre elevata dell'invasione che dura 2-4 giorni, a cui succede, di solito dopo un abbassamento della temperatura, il periodo di infezione bronchiale e polmonare. Sono questi due fattori che dobbiamo considerare anche nella trasmissione, poichè l'influenzato può trasmettere sia il virus che i germi associati, che, nei diversi passaggi, subiscono un'esaltazione di virulenza.

È evidente che, in ragione della localizzazione del virus sulla mucosa rino-faringea, la trasmissione si farà con la tosse, lo starnuto, l'espettorato, rispettivamente con le goccioline proiettate, e l'introduzione nell'organismo avverrà per inalazione di particelle di saliva o di secrezioni nasali o bronchiali, o per contatto diretto. Invece i contatti indiretti, per mezzo di oggetti, sono da escludersi per la fragilità stessa del virus, sicchè il malato rimane (rispettivamente il portatore od il convalescente) la sola sorgente ed il solo veicolo d'infezione. La notevole resistenza di alcuni dei germi associati al virus permette, da parte di questi, anche il contagio indiretto, per mezzo degli oggetti, della polvere, sicchè si viene, in tal modo, ad aumentare la possibilità d'infezioni e di localizzazioni pleuro-polmonari, indipendenti dalla vera influenza.

Da queste premesse, si deducono agevolmente i princìpi profilattici che, in realtà, sono più facili ad esporsi che a mettersi in pratica. Recentemente il dr. Convent (1) ha esposto un progetto secondo cui, analogamente a quanto si far per la guerra, od anche per certe malattie esotiche diffusibili, si dovrebbe preparare un vero piano di mobilitazione, da applicarsi alle prime avvisaglie di un'epidemia. Le Autorità Comunali dovrebbero, in caso di bisogno, aver la facoltà di emanare i decreti concernenti: 1) Chiusura dei luoghi di riunioni numerose; teatri, cinema, chiese, scuole, mezzi di trasporto in comune (sic!). 2) Installazione di posti di consultazione medica gratuiti, e distribuzione gratuita di medicinali, disinfettanti. 3) Ampliamento di impianti ospedalieri a carattere di lazzaretto e di padiglioni di isolamento. 4) Organizzazione dei servizi di disinfezione. 5) Creazione di un corpo di visitatori e visitatrici per aiutare i medici nelle loro mansioni. 6) Preparazione di avvisi da affiggersi al momento del bisogno per le informazioni al pubblico sui detti decreti.

I medici, dal canto loro, dovrebbero contribuire anzitutto diffondendo l'uso della vaccinazione preventiva mediante vaccini fatti con i germi associati allo scopo di ostacolare più che sia possibile l'insorgenza di complicazioni. Una delle più importanti misure da adottarsi sarebbe indubbia-

(1) Convent. *Projet de rapport sur l'organisation d'une prophylaxie antigrippale par le Service de l'inspection d'hygiène de l'Administration.* Le Scalpel, 1925, 18.

mente la maschera, a 6-7 spessori di garza, da portarsi sia da coloro che assistono il malato (medico compreso!) sia dallo stesso malato, nel quale avrebbe lo scopo di impedire le tanto temibili complicazioni.

Negli ospedali e nelle cliniche, si dovrebbero adottare misure di isolamento, separando, dove sia possibile, in padiglioni isolati gli influenzati a pneumococchi ed a stafilococchi; nello stesso padiglione, l'isolamento potrebbe realizzarsi in modo economico ed efficace col metodo di Milne, già in uso, specialmente in Inghilterra.

Il servizio medico degli influenzati ospitalizzati dovrebbe venire assimilato a quello delle malattie contagiose, sia per quanto riguarda la scelta degli infermieri, sia nell'impedire l'accesso ai visitatori; meno rigorosi si potrebbe essere nella convalescenza ed il malato potrebbe considerarsi innocuo una diecina di giorni dopo la scomparsa dei sintomi.

Anche il pubblico dovrebbe contribuire alla profilassi, sia con la obbedienza alle misure stabilite dall'autorità, sia curando da sè la profilassi individuale, nella quale dovrebbe venire convenientemente istruito, in special modo per quanto riguarda la pulizia delle mani e di tutto il corpo, il modo di evitare i contatti, il pericolo delle riunioni in comune e così via.

Come si vede, le prescrizioni che Convent vorrebbe adottare sono quelle che vengono generalmente ritenute utili e che già in parte vennero consigliate su queste colonne da D. Falcioni (1).

Alcuni punti, però, si prestano a qualche considerazione. La disinfezione a domicilio, consigliata da Convent, è stata, a suo tempo, ritenuta inutile e praticata più che altro per mostrare alle popolazioni che qualche cosa pur si faceva. In realtà, al giorno d'oggi, si tende a limitare il più possibile il campo della disinfezione; ma di essa e, tanto più della disinfezione in corso di malattia, non possiamo e non dobbiamo esimerci. Una obbiezione che si fa a riguardo dell'influenza è che il virus è talmente labile che la disinfezione appare inutile. La considerazione però non vale per i germi associati che sono per la maggior parte resistenti; quindi la disinfezione, fatta bene e razionalmente, può trovare anche nell'influenza la sua indicazione.

Nessuno troverà a ridire sull'uso della maschera per la quale molti medici non hanno molta simpatia, forse perchè sembra loro di dar prova di pusillanimità; così pure tutti saranno d'accordo sull'isolamento dei malati e su diverse altre misure consigliate. La vera novità fra le proposte di Convent è quella del progetto di mobilitazione che, pur presentandosi seducente in teoria, è da ritenersi poco attuabile nella pratica.

All'adozione di un simile meccanismo che limita di non poco la libertà individuale (si pensi alla proibizione dell'uso dei mezzi di trasporto, che paralizzerebbe la vita cittadina!) ed impone rilevantissime spese, non si può evidentemente addivenire nell'occasione delle lievi epidemie influenzali che vediamo ricorrere a brevi intervalli. L'applicazione della « mobilitazione » andrebbe fatta dunque soltanto in occasione delle gravi pandemie che si ripresentano ad intervalli di una trentina d'anni, o più. Ora, in questo frattempo, è tutta una generazione di medici che si cambia e, con essi, si modificano le idee e le teorie, sicchè è da temersi che le prescrizioni che noi oggi dettiamo, non siano più accette ai colleghi futuri.

D'altra parte, bisogna tener presente che l'uomo si dimentica con facilità; anche in noi che l'abbiamo vissuta, il ricordo della pandemia del 1918-1920 si andrà man mano affievolendo e le nuove generazioni di medici non vi annetteranno più, fra qualche decennio, che un'importanza secondaria. Fra 30-40 anni, all'ipotetico ripresentarsi di una nuova pandemia, il progetto di mobilitazione sarà una polverosa pratica d'archivio e difficilmente si verranno a sfogliare i vecchi giornali medici per ritrovarvi delle idee che si riterranno ormai sorpassate.

Del resto, le regole semplici ed ovvie che, oggi, sono da ritenersi utili nella profilassi contro l'influenza, possono valere nelle limitate epidemie odierne e potranno applicarsi anche senza una « mobilitazione » preventiva alle pandemie del futuro.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI. *Manuale di Otorinolaringoiatria.* Volume I. Parte generale. *Naso e cavità annesse.* Casa editrice Luigi Pozzi, Roma (Manuali del Policlinico). Prezzo L. 58.

Molti e pregevoli trattati di Otorinolaringoiatria già esistono in Italia; quasi ogni anno ne vengono presso di noi diffusi dall'estero: in generale però si tratta di volumi destinati ad un determinato scopo, o puramente didattici o per la coltura degli specialisti o per uso degli studenti e dei medici pratici, con carattere cioè o nettamente scientifico o prevalentemente pratico.

Il volume che G. Bilancioni presenta oggi al pubblico medico ha caratteri peculiari che lo fanno distinguere dagli altri dello stesso genere.

Si tratta innanzitutto non di un semplice manuale come dice modestamente il titolo, ma di un

(1) D. FALCIONI. *Sulla profilassi dell'influenza.* Il Policlinico, S. P. 1922, p. 1199,

vero e proprio trattato. Oggi possediamo soltanto la parte riferentesi al naso e cavità annesse: niun dubbio che, completata la pubblicazione degli altri due volumi dall'Autore promessi, noi avremo il più completo trattato italiano moderno della specialità.

Il concetto fondamentalmente nuovo nei trattati di Otorinolaringologia al quale l'Autore si è inspirato nella trattazione della materia — concetto seguito da tempo in trattati di alre branche speciali della Medicina — è questo: che la parte clinica della specialità può essere meglio compresa dal medico se egli possiede le opportune relative nozioni teoriche di Fisiologia e di Patologia. Perciò nel volume ha trovato un largo posto l'esposizione della parte diremo così culturale, dottrinale, della materia: la parte pratica, e strettamente terapeutica ne risulta come naturale corollario, pur essendo di essa meno estesa la trattazione.

Tale concetto direttivo dall'Autore seguito è perfettamente logico e da approvare in modo incondizionato, tanto più se si tiene conto che le questioni teoriche sono trattate in modo semplice, piano, e tutto il volume è steso in forma italianamente pura.

Di ciascuna questione si trovano tutti i dati che permettono di conoscerne lo stato attuale, le più recenti conquiste, le teorie più moderne; i risultati degli ultimi studi italiani e stranieri riferentisi alle singole questioni sono chiaramente esposti; la consultazione, la ricerca degli argomenti riesce assai facile per la disposizione data ai vari capitoli.

La parte pratica non soffre per la trattazione teorica: anch'essa è condotta con esatto criterio: i metodi recentissimi semeiologici, diagnostici e curativi trovano giusta parte e vengono esposti con sobria precisione.

Il volume inizia con una breve introduzione sulla importanza, sugli intenti e confini moderni dell'Oto-rino-laringologia. In essa l'Autore con elevata ed elegante sintesi addita le vie che questa branca della Medicina può percorrere per raggiungere alti fini di indagine scientifica, di assistenza medica, di profilassi sociale, di elevazione umana e di cultura artistica. E se tutto il volume rispecchia per così dire le doti scientifiche eminenti dell'Autore, queste poche pagine ne rilevano in particolare l'anima eletta, e lo spirito colto, veramente superiore.

La prima parte del trattato reca anzitutto un conciso capitolo sullo sviluppo storico delle conoscenze di Rinologia che la nota competenza dell'Autore nella Storia della Medicina rende interessante ed istruttivo; indi si svolge la trattazione diffusa di tutta, per così dire, la parte generale della Rinologia: anatomia, embriologia, fisiologia, ed in seguito una particolare estensione è data alla sintomatologia generale, ove trovano il loro giusto rilievo teorico e clinico i vari segni delle alterazioni anatomiche e funzionali del naso, dai disturbi di respirazione alle turbe di origine endocrina. Da tutta la trattazione generale scende facile la comprensione dell'ultimo capitolo di questa prima parte, il quale espone le norme di profilassi ed i fondamenti della terapia generale delle fosse nasali.

Vien poi la trattazione speciale, la patologia del naso e dei seni paranasali; una vera e propria monografia è la parte che tratta della ipofisi cerebrale e faringea, intesa a mettere in chiara luce i vari problemi di anatomia, di fisiopatologia, di clinica, riguardanti questo nuovo capitolo di patologia specialmente nei rapporti con l'adenoidismo; infine una breve ultima parte tratta dell'opera del rinologo nella cura della dacriocistite purulenta cronica.

Il pregio complessivo del trattato, cioè il suo notevole intrinseco valore scientifico, non disgiunto da pratica utilità, è grandemente aumentato dalla veste tipografica sotto ogni aspetto elegante e che onora la nota Casa Editrice Pozzi; le figure sono molto numerose, nitide, in gran parte originali.

Con questo volume, Guglielmo Bilancioni ha bene meritato della Otorinolaringologia; ha dato una nuova brillante prova della sua meravigliosa attività, ed ha offerto ai medici tutti un mezzo per completare la loro cultura in questa branca della medicina che va ogni giorno acquistando valore e significazione nel campo scientifico e teorico come nel campo pratico e professionale.

G. GAVELLO.

A. PIRERA. *Compendio di Patologia e di Clinica Medica*. Franc. Vallardi, edit. Volumi tre, 1925.

La utilità di un libro medico italiano, non solo per la lingua, ma italiano per spirito, era da noi tutti sentita fin da quando apprendendo i primi rudimenti dell'arte di Ippocrate dai Maestri non pedissequi seguaci della medicina gallica od alemanna, cercavamo invano in un testo riordinare le nozioni affidate alla memoria. Se utilità era per noi studenti l'avere un libro che ci mostrasse l'opera scientifica italiana, divenuti medici ne constatammo l'assoluta necessità, rammaricandoci ogni qual volta invano lo ricercavamo nelle biblioteche.

Che io sappia, il Pirera è il primo che accintosi a colmare tale lacuna abbia condotto a termine un tale Trattato: di ciò gli studiosi non

possono che essergliene grati anche se in talune parti esso può apparire incompleto.

I tre volumi, pubblicati dalla maggior Casa editrice italiana, attestano la mole del lavoro organico compiuto dall'A., lavoro di ordinata elaborazione ed esposizione delle conoscenze mediche. La rapida attuazione dell'opera ha permesso all'A. di aggiornare le cognizioni fino a quelle modernissime in fatto di terapia, ricerche, teorie, ovviando a quanto era inevitabile nella pubblicazione di Trattati stranieri in lingua italiana, cioè alla comparsa di testi in arretrato di anni rispetto al divenire della scienza.

È il Pirera riuscito nel compito prefissosi? Dirò solo, qual risposta, che in pochissimi mesi la prima edizione del libro è presso che esaurita e l'A. si accinge alla preparazione della seconda edizione. La diffusione è il meritato premio per chi, senza tuttavia dar l'ostracismo in tutto e per tutto agli stranieri, sa trovare negli italiani altrettanta mèsse ferace da offrire agli studiosi di medicina.

R. M.

LEGRAND H. *Guide-formulaire des spécialités pharmaceutiques*. Un vol. in-16° di 960 pag. Baillière ed. Parigi, 1925. Prezzo frs. 25.

L'opera di Legrand consiste essenzialmente in un dizionario delle specialità farmaceutiche usuali, studiate dai seguenti punti di vista: composizione e formule, proprietà ed indicazioni terapeutiche, posologia e modi di uso alle diverse età. Da ultimo, si trova un indice-repertorio delle specialità di cui vengono dati anche i nomi e gli indirizzi dei fabbricanti, depositari, ecc.

Libro quindi di notevole utilità per poter conoscere la composizione e gli usi delle diverse specialità, di molte delle quali — per quanto combattute teoricamente dai trattatisti — nessuno può ormai far senza nella pratica. Ma il grosso volume induce a riflessioni malinconiche, considerando che le sole specialità francesi qui elencate sono oltre 3000! Ed a quante mai assommerebbero se vi si aggiungessero per esempio anche quelle tedesche che inondano giornalmente la posta di ogni medico? Il problema delle specialità si fa sempre più grave ed imbarazzante, nè, purtroppo, si prevede come si possa arrivare ad una soluzione.

fil.

A. ARGIOLANI. *L'alimentazione razionale dell'uomo*. Un vol. in-8° picc. di 63 pag. G. B. Paravia ed., Torino, 1925. Prezzo L. 3.75.

Il volumetto espone le basi scientifiche dell'alimentazione razionale ed indica il modo pratico di regolarsi nell'alimentare il sano e l'ammalato; dà quindi molte tabelle e molti consigli trattando poi in capitoli a parte l'alimentazione dei malati e dei bambini. Nulla è stato trascurato di quanto ha importanza nelle questioni relative ai problemi trattati, sicchè il volumetto riflette le moderne concezioni in questo ramo. L'intenzione dell'A. era soprattutto quella di combattere le idee errate ed i pregiudizi vigenti in materia e si può asseverare che egli è riuscito nel suo intento.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

II Congresso nazionale di Oftalmologia.

Davanti ad un folto pubblico e con l'intervento del Ministro della P. I. on. Fedele e di numerose personalità, il 27 ottobre u. s. si è inaugurato a Roma nell'Aula magna della Clinica oculistica al Policlinico, questo Congresso. Il prof. Cirincione, presidente del Comitato esecutivo, ha porto il saluto dei congressisti al rappresentante del Governo ed ha illustrato gli scopi del Congresso. Quindi, il ministro Fedele ha pronunciato un discorso in cui, dopo avere rilevato l'altissimo contributo del lavoro italiano nei progressi delle scienze mediche, ha parlato specialmente della oftalmologia e degli scienziati che ad essa si sono dedicati col fervore di un vero apostolato, giungendo a risultati mirabili. Egli ha menzionato in prima linea l'Albertotti, al quale la Società oftalmologica ha assegnato la grande medaglia d'oro che riserva ai suoi benemeriti; Elia Baquis, a cui il sodalizio ha tributato eguale segno di pubblica riconoscenza; Luigi Maggiore, al quale è stata assegnata la prima medaglia d'oro del premio internazionale Cirincione di lire 20,000; D'Amico, vincitore del premio Cidonio di L. 7,000. « L'esempio di questi valorosi cultori della scienza, premiati dalla vostra benemerita Società — ha concluso il ministro — sia di sprone ai giovani, sia di augurio all'opera feconda dei maestri. A tutti, in nome del Governo, vada la mia parola di alta lode e di viva riconoscenza ».

Il ministro ha poi proceduto alla consegna dei premi. Il prof. Albertotti ha voluto esprimere la sua riconoscenza per il premio assegnatogli in occasione così solenne; dopo di lui ha parlato il prof. P. Pediconi che, in rappresentanza del R. Commissario, ha portato ai congressisti il saluto del Comune. Brevi ed efficaci parole ha aggiunto il prof. Messea, Direttore generale della Sanità pubblica, per recare il saluto del ministro dell'interno, on. Federzoni, e quello particolare della Direzione generale di Sanità.

Fra i numerosi ed interessanti lavori del Congresso sono specialmente da menzionare le relazioni sulla cura operatoria della cataratta. È noto che qualche autore sostiene che sia possibile

far riassorbire la cataratta con metodi medici e, particolarmente, elettrochimici. Ma, dopo un ponderato esame di tutti i dati pro e contro, il Congresso ha emesso l'opinione che una tale possibilità non è provata e quindi la sola cura efficace della cataratta rimane per ora quella operatoria.

È stata inoltre presa in esame la questione dell'abilitazione alla professione di « chauffeur » dal punto di vista oculistico. A tale proposito il Congresso ha votato il seguente ordine del giorno:

« Presa visione del Decreto 31 dicembre 1923, n. 3043, disciplinante la circolazione sulle strade ed aree pubbliche, considerato:

1) che l'esame dell'acutezza visiva non può essere affidato a medici non specialisti;

2) che le eccezioni accordate dall'art. 51 del regolamento al limite dei 14/10 del visus ed in modo speciale per la riduzione del campo visivo nei monocoli, tolgono le garanzie cui il decreto intende provvedere;

3) che i medici generici non hanno la possibilità di stabilire il grado di vista nelle diverse condizioni di illuminazione;

fa voti che l'esame dell'acutezza visiva sia affidato a medici specialisti e che, nell'interesse della salute pubblica, siano tolte le eccezioni concesse nel decreto stesso ».

F.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 25 luglio 1925.

Presidenza: prof. R. Alessandri, presidente.

Microbismo abituale nella bile cistica del cane.

Baggio. — Riferisce sui risultati delle ricerche compiute sul microbismo abituale nella bile cistica del cane. Ha esaminato la bile di 29 cani ed è d'accordo con coloro i quali sostengono che in condizioni normali mancano i germi nella bile.

Gosio. — Chiede quale quantità di bile ha messo in coltura, se ha fatto colture in brodo e si dice convinto che la bile non sia un buon terreno per i germi.

Baggio risponde che nelle sue ricerche non ha mancato di tener conto della quantità di bile da mettere in cultura e che in media ne ha messo da 7 ad 8 cmc. Culture in brodo ne ha fatta una sola.

Aneurisma cirsoideo del collo e della faccia.

Jura. — Riferisce il caso di una donna che nel luglio 1923 notò nella regione parotidea sinistra una tumefazione indistinta che estendendosi verso l'angolo palpebrale e verso la regione carotidea, si presentava pulsante, riducibile. Lungo la giugulare esterna corrispondente si percepiva fremito, e l'inferma avvertiva ronzio all'orecchio s. Nel novembre praticata l'allacciatura della carotide esterna si ebbe per un mese diminuzione di volume della tumefazione, cessazione della pulsazione e del ronzio.

In seguito ricomparvero i primitivi sintomi e si ebbe un graduale formarsi alla faccia, alla regione temporale ed al collo di cordoni bluastri, di varie dimensioni, serpiginosi, pulsanti.

I vasi ectasici del collo e della regione temporale asportati in due sedute operatorie dal prof. Alessandri furono dall'O. esaminati istologicamente. Egli mette in rilievo le particolarità cliniche ed anatomo-patologiche del caso ed il decorso dell'affezione che ritiene con probabilità legata a preesistenza congenita, nel territorio di distribuzione della carotide esterna sinistra, di anastomosi derivative anormali arterio-venose, inizialmente della regione parotidea.

Antonelli. — Domanda all'O. come devono interpretarsi l'ectasia vascolare e le note endoflebitiche nell'aneurisma cirsoide, il superlavoro dei vasi stessi con il rilievo della pressione venosa normale.

Jura. — La mancanza di differenza di pressione tra la giugulare esterna sinistra e quella di destra, già messa in rilievo, non si concorda in verità con i dati clinici, nè si può agevolmente spiegare. È noto però che il forte aumento di pressione nel territorio venoso è caratteristica delle fistole arterio-venose, a comunicazione unica ed ampia. Tuttavia Cuneo anche in un aneurisma arterio-venoso della femorale sin. non rilevò differenza di pressione con quella della femorale d. nella quale tuttavia la pressione era alta, come nella prima, dell'arto in cui esisteva l'aneurisma.

Omotrapianto testicolare in prostatico ritenzionista.

N. Leotta. — Riferisce su di un innesto interumano di glandola sessuale maschile praticato su di un individuo di 68 anni prostatico di vecchia data con gravi disturbi vescicali ed arteriosclerotico.

I risultati ottenuti dall'innesto furono immediati. Dopo 4-5 giorni ebbe euforia, senso di benessere, potè abbandonare il letto nè ebbe più bisogno di essere siringato. Quello che però maggiormente ha impressionato l'O. è la constatazione che la prostata si era ridotta di più della metà, come dimostra mediante radiografie eseguite prima e dopo l'intervento.

Espone quindi i risultati dell'esame istologico eseguito su di un frammento a cuneo tolto dopo due mesi e 6 giorni e che comprendeva oltre il pezzo innestato anche un po' del testicolo proprio.

Nei preparati ha visto in una fase di necrosi i tubuli seminiferi e sostituzione da parte del tessuto connettivo circostante.

L'O. è portato a ritenere che i risultati funzionali osservati dopo il trapianto siano dovuti al riassorbimento, lento, lentissimo del trapianto e che durano fino a che dura il riassorbimento.

Alessandri. — Fa osservare che i risultati ottenuti dal Leotta sono identici a quelli comunicati dall'Ascoli che ha sperimentato con le scimmie, e che la spiegazione dei risultati funzionali data dall'O. è proprio quella che anche da lui è stata ammessa.

La lemna come larvicida nella profilassi antianofelica.

GOSIO. — Anche a nome del prof. A. MISSIROLI svolge la sua comunicazione su la lemna come larvicida nella profilassi antianofelica, mettendo in evidenza i vantaggi che dallo spargimento di essa su le acque se ne possono avere mentre d'altra parte nessuna alterazione subisce l'acqua.

Conchiude dicendo che tutti i metodi per la profilassi antianofelica hanno del buono e quello dello spargimento della lemna è tra quelli da prendere in maggior considerazione.

DIONISI. — Si associa alle conclusioni del prof. Gosio riconoscendo la grande efficacia delle semine di lemna per la morte asfittica delle larve di anofele.

Coglie nel tempo stesso questa occasione per proporre alla Presidenza della R. Accademia che una speciale Commissione sia costituita per visitare la magnifica scuola di profilassi della malaria fondata a Nettuno e diretta dal prof. Gosio. Esprime la grande ammirazione suscitata in lui dall'esame del materiale didattico raccolto nei pochi ambienti dei quali il Gosio dispone e dalle esperienze che vengono compiute per la bonifica ed è convinto che tutti gli studiosi che si recheranno colà divideranno l'entusiasmo in lui provocato da tanta attività spesa a vantaggio dell'umanità.

GOSIO. — Ringrazia il prof. Dionisi e sarebbe ben lieto se l'Accademia volesse nominare una Commissione per visitare la scuola da lui diretta.

ALESSANDRI. — A nome di tutta l'Accademia si associa alle parole del prof. Dionisi rivolte al prof. Gosio e dice che sarà ben lieto di prendere gli opportuni accordi per recarsi a visitare con altri accademici la scuola da lui così sapientemente diretta.

Presentazione di un tabico curato con la malaria ed il neosalvarsan.

ARCANGELI. — Riferisce su di un tabico curato efficacemente con la malaria ed il neosalvarsan. Presenta anche il soggetto. L'O. si dichiara convinto che il neosalvarsan debba essere usato ad alte dosi anche perchè sono proprio le piccole dosi quelle che danno maggiormente luogo a spiacevoli incidenti.

ANTONELLI. — È d'accordo col relatore sulla opportunità di sottoporre anche i pazienti di affezioni metaluetiche alla somministrazione di dosi piuttosto alte di neoslvarsan, poichè sono le dosi medie e piccole quelle che danno più facili fenomeni reattivi; quanto all'influenza terapeutica della inoculazione di sangue malarico nella tabe, ha consentito al suo aiuto dott. Speranza di procedere alla malarizzazione artificiale in due casi di tabe conclamata; finora ha potuto constatare una decisa influenza sulla quasi completa cessazione dei fenomeni dolorosi; ma nessuno dei sintomi organici della tabe, di quelli cioè che sono la traduzione clinica delle fondamentali lesioni del sistema nervoso centrale, hanno, almeno fino ad oggi, subìto modificazioni di sorta.

GOSIO. — Osserva che anche dal punto di vista microbiologico può ammettersi una arseniorresistenza per cui la spirochete trattata con dosi piccole, offra man mano una forma di mitridatismo, che la rende refrattaria ed esige, per essere influenzata, una terapia assai più energica dell'ordinaria.

ARCANGELI. — Ringrazia i colleghi per le loro osservazioni che si accordano con quanto ha detto: nel suo malato dopo le febbri di malaria migliorarono non solo i dolori ma anche l'atassia, e migliorò l'artropatia con diminuzione del volume del ginocchio leso.

Da più parti, dice l'O., si è parlato di assuefazione della spirochete all'arsenico, ma è difficile averne la prova clinica.

Egli si chiede poi come agisca la malaria. Crede probabile che la sua azione sia dovuta al calore febbrile e a tal proposito ricorda che nei paesi tropicali la sifilide dà difficilmente la tabe e la demenza. Ma ciò è per il calore solare? o per la malaria così frequente nei paesi tropicali? Forse si potrebbe tentare la cura della demenza paralitica e della tabe con la diatermia. Se questa desse risultati positivi si dovrebbe ritenere per l'O. che è la ipertermia il fattore più utile nella cura di dette affezioni con la febbre terzana.

Contributo alla conoscenza della dissenteria da Balantidium Coli.

P. ALESSANDRINI. — Anche a nome del dott. PIATTELLI svolge la sua comunicazione sulla conoscenza della dissenteria da Balantidium coli. Dice come questa talora si trovi nelle ulceri e non nelle fecce e che quindi la negatività dell'esame di esse non può far escludere l'esistenza del Balantidium.

Riferisce quindi sull'efficacia dell'emetina.

Sul meccanismo di produzione dell'emoglobinuria malarica.

GHIRON riferisce su le ricerche da lui compiute per spiegare il meccanismo di produzione dell'emoglobinuria malarica.

Sulla genesi dell'ulcera digiunale post-operativa.

CIMINATA. — Riferisce alcune sue ricerche sperimentali sulla genesi dell'ulcera digiunale post-operativa. Esse farebbero ammettere che la pars-pilorica esplichi, nella genesi dell'ulcera digiunale, un'azione indiretta la quale sarebbe rappresentata da un eccitamento originantesi dallo stato spastico della pars-pilorica stessa, che, trasmesso per via nervosa, al Fundus e al digiuno promuoverebbe sia una maggiore attività delle glandule peptocloridriche, sia spasmi locali e parziali nel territorio dell'ansa digiunale anastomizzata determinando il *locus minoris resistentiae* sul quale agirebbe la causa efficiente, cioè il succo gastrico.

BAGGIO. — Dopo essersi compiaciuto col collega Ciminata dei risultati ottenuti osserva che la teoria sostenuta, teoria seguita dagli autori tedeschi, non basta a spiegare tutti i reperti sperimentali e clinici dell'ulcera digiunale post-operatoria e che, pure dovendola ammettere, come egli stesso lo ammette nei suoi lavori, trova più razionale

interpretare l'azione ulcerosa del succo gastrico come azione dovuta a tutto il succo stesso nel suo complesso; e aggiunge, riferendo anche reperti inediti, che oltre al fattore chimico, molta importanza deve essere riconosciuta come fattore ulceroso al fattore traumatico *ab ingestis*.

GUSSIO. — Domanda all'O. se ha fatto le determinazioni delle deduzioni del succo cardiale nelle varie circostanze sperimentali.

Si assòcia al prof. Baggio circa l'influenza favorevole del trauma alimentare quando cade nel campo d'azione della causa ulcerosa.

CLEMENTI. — Ricorda le ricerche precedenti del Ciminata il quale, praticando nello stesso cane il piccolo stomaco alla Pawlow nella pars-pilorica e il piccolo stomaco nel fundus, ha potuto dimostrare che la stimolazione della mucosa pilorica con peptone provoca la secrezione del piccolo stomaco del fundus per via nervosa attraverso il ponte nerveo-muscolare.

CIMINATA. — Ringrazia il prof. Baggio e fa osservare che il fatto che la pars-pilorica, intesa questa dal punto di vista anatomico e fisiologico abbia influenza indiretta nella genesi dell'ulcera digiunale post-operativa, non esclude che altri fattori (traumatico, infettivo, circolatorio, nervoso, costituzionale) possano esercitare la loro azione nella complessa patogenesi dell'ulcera digiunale, agendo sempre nella cerchia delle due grandi cause: quella efficiente rappresentata dal chimismo gastrico e quella predisponente rappresentata dalla resistenza del tessuto.

Rispondendo al prof. Gussio, osserva che le sue esperienze dimostrano come il succo pilorico, scarsissimo, mucoso ed alcalino, e per alcuni autori privo di pepsina, non possa avere molta importanza per la neutralizzazione della secrezione del fundus che è copiosa e intensamente acida, e fa notare che i suoi animali operati di esclusione della pars-pilorica vomitavano spesso a digiuno una notevole quantità di liquido a reazione molto acida e contenente acido cloridrico libero (il che fece pensare ad una ipersecrezione gastrica) mentre gli animali resecati non soffrivano tale disturbo e godevano buona salute. E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 3 luglio 1925.

Presidenza: E. ALFIERI, presidente.

Alcune osservazioni sulla narcosi mista ossigeno-cloro-eterea.

Dott. F. LEINATI. — La valutazione sistematica dei dati obbiettivi, osservati in un centinaio di casi di narcosi generale eseguita con l'apparecchio Roth-Dräger, permette all'O. di affermare che la narcosi ossigeno-cloro-eterea, se fatta con le debite cautele e con tecnica rigorosa, attenua sensibilmente i pericoli della narcosi generale praticata coi metodi comuni.

L'apparecchio del Roth-Dräger permette il dosaggio esatto dei due narcotici, regolabile di volta in volta a seconda delle condizioni del cuore, dei polmoni, del fegato e dei reni; ciò diminuisce grandemente l'albuminuria post-operatoria che, nei suoi narcotizzati, è stata ridotta al 4 %; il pericolo delle sincopi è pure grandemente ridotto; abbreviato il periodo di eccitazione; quasi scomparso il vomito durante e dopo la narcosi; anche le complicazioni polmonari sono grandemente diminuite.

La diuresi da benzoato sodico. Definizione dell'agente diuretico.

Dott. G. BIGNAMI. — Secondo l'O. le sostanze cui si deve l'effetto diuretico in discussione sono tre: il benzoato sodico che potrebbe agire sui tessuti in modo analogo agli altri sali alcalini; l'acido benzoico, come stimolante renale; il prodotto della sintesi tra acido benzoico e glicocolla, cioè l'acido ippurico, agente in virtù della sua forza di concentrazione nel sangue.

Dalle esperienze compiute su 13 soggetti sia sani che malati somministrando ora benzoato sodico, ora acido benzoico, ora infine acido ippurico in quantità tra loro corrispondenti, l'O. desume che l'aumento della diuresi è determinato dall'azione dell'acido benzoico sul rene, in quanto questo composto stimola l'organo ad una maggiore attività e quindi lo porta anche ad una maggiore eliminazione di acqua, a cagione dell'aumentato lavoro di sintesi cui esso lo obbliga con la sua presenza. Praticamente si serve del benzoato perchè questo è solubile in acqua e non determina i disturbi gastroenterici comuni all'uso dell'acido benzoico.

La funzionalità renale nelle nefrosi lipoidee.

Dott. G. BIGNAMI. — In 7 casi di nefrosi presi in esame, di cui 2 coi caratteri di forme genuine e 5 con quelli di forme miste di nefrite-nefrosi sui quali ebbe a praticare la prova idrica (diluizione e concentrazione), la costante di Ambard, la prova della fenolsulfonftaleina e quella ippurica, ottiene: *a*) nelle forme pure prova idrica relativamente deficiente, con ogni probabilità per fattori extrarenali, soltanto nella diluizione. Tutte le altre prove normali. *b*) Nelle forme miste, risultati legati costantemente alla natura ed al grado del processo infiammatorio associato. Nessuna o pressochè nessuna influenza pare esercitarsi da parte del processo renale di degenerazione lipoidea sulle prove funzionali in genere, di modo che queste forniscono risultati buoni o cattivi a seconda che lievi o gravi sono le lesioni infiammatorie del rene. L'O. conclude mettendo in luce l'interesse pratico di seguire, con le prove funzionali, in particolare i casi di nefrosi e di nefrite-nefrosi, potendosi solo in questo modo senza esitazione evitare agli infermi rigorismi dietetici spesso oltremodo dannosi.

Seduta del 17 luglio 1925.

Presidenza: Prof. T. LEGNANI, vice-presidente.

Alterazioni della midollare della surrenale nella morte per insulina.

F. RICCI-A. MILANI. — Gli OO. hanno studiato dal lato istologico il comportamento della sostanza midollare della surrenale nell'avvelenamento spe-

rimentale da insulina; hanno trovato che la cromoaffinità delle cellule va man mano riducendosi fino a scomparire del tutto nel periodo preagonico. Tale riduzione è ben più accentuata di quanto non sia nella eccitazione del nervo splancnico.

Azione dei fosfati sulla ipoglicemia da insulina.

ALCHIERI A. — L'O. ha osservato che nei conigli l'iniezione di una mescolanza di fosfati monosodico e disodico per via endovenosa o endoperitoneale non determina nessuna variazione nel modo di reagire all'insulina.

Tubercolosi primitiva infantile della vulva.

F. FLARER. — L'O. espone un caso di forma sicuramente tubercolare e primitiva della vulva (reperto di bacilli nella forma ulcerativa, reperto di bacilli nell'adenite satellite, inoculazione positiva alla cavia con pus estratto dalla ghiandola inguinale) in una bambina di due anni e mezzo. L'affezione venne con tutta probabilità contratta nell'ambiente familiare da una nonna della bambina, convivente con essa ed affetta da tubercolosi polmonare aperta. La cura locale, con mezzi distruttivi (acido lattico) e generale (con irradiazioni ultraviolette) ebbe buon esito.

La colesterina degli organi ematopoietici nelle anemie sperimentali.

ESPOSITO A. — L'O. riferisce una serie di ricerche sul comportamento della colesterina negli organi ematopoietici in animali resi sperimentalmente anemici con sostanze diverse. L'O. interpreta l'aumento della colesterina negli organi ematopoietici nelle anemie come una reazione di difesa di essi alle sostanze che tendono a produrre lesioni di tali organi sia in via primitiva che in via secondaria.

I leucociti nel reumatismo poliarticolare.

ESPOSITO A. — L'O. riferisce di aver trovato leucocitosi costante nelle forme acute nel periodo d'acme (12-21 mila globuli bianchi per mmc.); la leucocitosi presto regredisce col regredire della sintomatologia clinica, in ispecie in rapporto con la cura. Nelle forme subacute si ha scarsa leucocitosi iniziale (10-11 mila). Nelle forme croniche il numero dei globuli bianchi è normale. La leucocitosi è così rappresentata: forme acute: neutrofilia e monocitosi con linfopenia, eosinopenia e basopenia (gli eosinofili ed i basofili spesso mancano del tutto); forme subacute: linfocitosi e monocitosi; forme croniche: linfocitosi. Il comportamento della curva dei singoli elementi della formula leucocitaria nel decorso delle forme acute è il seguente: alla neutrofilia iniziale succede neutropenia, compaiono gli eosinofili e i basofili, diminuisce la monocitosi, la linfopenia si trasforma in linfocitosi. Riferisce talune particolarità di struttura riscontrate a carico dei monociti, e conclude affermando che il quadro ematologico che si osserva nel reumatismo poliarticoalre è la espressione dell'influenza esercitata dall'ignoto agente eziologico sull'apparato leucoblastico parenchimale non solo, ma anche sul sistema emopoietico diffuso od emoistioblastico (monocitosi).

Seduta del 24 luglio 1925.

Presidenza: prof. A. FERRATA, vice-presidente.

Autopioterapia.

G. MONTEMARTINI. — In base alle sue esperienze l'O. conclude che l'autopioterapia può essere usata in casi speciali in cui si vogliano evitare lesioni deturpanti in regioni scoperte; per quanto essa però risvegli i processi immunitari dell'organismo deve essere usata con riserva in considerazione delle complicanze nelle quali si può incorrere.

Sulla vitamina B.

Dott. LUIGI SCOTTI FOGLIENI. — Le esperienze dell'O. su questo argomento, permettono di arrivare alla conclusione che con ogni probabilità la così detta Vitamina B è costituita da due sostanze le quali soltanto quando sono fornite insieme dànno luogo alla caratteristica reazione fisiologica:

di esse una dà la reazione del Follin e rimane nella sostanza anche quando questa venga portata a 134°;

l'altra non dà la reazione del Follin ed evapora separandosi dalla prima per la massima parte dai 120° ai 134° gradi.

Sulla rigenerazione dei tendini.

A. MIGLIAVACCA. — L'O. ha potuto osservare che la rigenerazione del tendine avviene per neoformazione e moltiplicazione per mitosi di cellule provenienti dalle cellule tendinee e per neoformazione di fibrille provenienti dalla elaborazione del protoplasma delle nuove cellule tendinee.

Il processo di riparazione delle lesioni tendinee si svolge fino a restituzione completa del tendine leso.

Variazioni sperimentali di resistenza delle cellule di fronte a diverse pressioni osmotiche.

GIACOMO DE FRANCESCHI. — Con osservazioni comparate e successive fatte al microscopio e al paraboloide di preparati a fresco di cellule del fegato di ratto normalmente alimentato e di ratto mantenuto per lungo tempo con cibi ricchi di acqua ma poveri di albumine e di sali, tenute in soluzioni di cloruro di sodio dallo 0.50 % allo 0.90 %, ha trovato che la cellula epatica di ratto sottoposto a trattamento ipotonico, aumenta notevolmente la sua resistenza di fronte a soluzioni ipotoniche di cloruro di sodio. Continua le ricerche su altri elementi e su altri animali.

La teoria nervosa nella genesi dell'ulcera gastrica.

Dottori N. PICCALUGA e G. PACETTO. — Gli OO. espongono le proprie ricerche in proposito basate su due gruppi di esperimenti.

In un primo gruppo, con lesioni del sistema nervoso estrinseco (resezione del vago e degli splancnici) ebbero risultati costantemente nega-

tivi. In un secondo gruppo, portando la lesione nell'apparato nervoso intrinseco, mediante iniezione di neurina nella sottomucosa, ebbero il 100 % di risultati positivi confermando così i dati di Bedarida.

Gli OO. hanno ottenuto ulcere a caratteri istomorfologici molto simili a quelli dell'ulcera gastrica dell'uomo, ed ancora in piena evoluzione fino a 40 giorni dopo l'atto operativo.

Esprimono però le loro riserve sulla reale cronicità avendo constatato che la cicatrizzazione avviene, se pure con notevole ritardo. Circa il modo d'azione della neurina gli OO. ammettono che tale composto agisca oltre che per via indiretta, trofoneurotica, anche per azione diretta locale dovuta alla sua intensa reazione alcalina.

I diversi fattori di cronicità nell'ulcera gastrica.

Dottori N. PICCALUGA e G. PACETTO. — Gli OO. hanno studiato l'influenza della tossicosi, dell'anemia e dell'ipercloridria, sperimentalmente prodotte, sul decorso di ulcere gastriche artificiali e hanno potuto constatare l'azione cronicizzante talora spiccata, dei suddetti fattori avendo osservato che la lesione gastrica artificiale negli animali trattati assume spesso caratteristiche istomorfologiche molto simili all'ulcera peptica dell'uomo, e che la riparazione avviene con notevole ritardo rispetto ai controlli.

Il Segretario: F. RICCI.

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 26 marzo 1925.

Presidenza del Prof. A. FABRIS, Presidente.

I fondamenti biofisici della radioterapia del cancro.

Prof. VITTORIO MARAGLIANO. — L'O. premette delle nozioni e quesiti generali cui fa seguire disquisizioni teoriche importanti, ma che ai nostri fini non ci è dato di riprodurre, se ne eccettuiamo questa parte che è un essenziale richiamo:

Basi fisiche, sono sopratutto la forza di penetrazione dei raggi, cioè la qualità delle radiazioni, l'omogeneità del fascio luminoso ed il potere di assorbimento delle radiazioni da parte dei tessuti.

Basi biologiche: Si deve accettare che l'azione dei raggi è sopratutto abiotica; l'azione eccitante non è finora sufficientemente dimostrata.

Ciò che domina la situazione nella radioterapia è la radiosensibilità, cioè la sensibilità delle cellule sane e malate alle radiazioni.

Essa è diversissima per le cellule dei vari tessuti; massima per i globuli bianchi, minima pel tessuto nervoso adulto.

La conclusione pratica del moderno movimento radioterapeutico del cancro è quella di abbandonare le dosi massime extra intense, pericolose per i tessuti sani e di rivolgersi piuttosto a dosi piccole o medie, ripetute di spesso, a breve spazio di tempo. Va ricordata come una necessità quella di saggiare caso per caso la radioresistenza dell'organismo e la radiosensibilità del tumore per poter meglio orientarsi nella condotta da seguire.

Seduta del 15 maggio 1925.

Presidenza del Prof. A. FABRIS, Presidente.

Il prof. ANGELO VATTUONE commemora il prof. COSIMO RUBINO.

Epitelioma seminifero in testicolo ritenuto.

Prof. DARIO MARAGLIANO. — Il tumore molto voluminoso occupava circa la metà della cavità addominale ed aveva contratto aderenze intime colla parete anteriore dell'addome, colle anse intestinali, coll'epiploon. Benchè il neoplasma si presentasse al di là dei confini dell'operabilità, l'O. procedette all'intervento, confidando sull'ormai indiscussa radiosensibilità di questi tumori, per cui si poteva sperare che la roentgenterapia avrebbe efficacemente agito sulla parte del neoplasma, che eventualmente fosse residuata all'intervento.

L'asportazione del tumore riuscì egregiamente, residuò però una piccola massa secondaria intimamente aderente alla parete aortica e che si dovette lasciare.

L'operato venne poi sottoposto alla radioterapia con dosi medie e ripetute ed attualmente gode salute florida e non mostra segni di recidiva.

Il problema della radio- e radium-terapia nel trattamento pre- e post-operatorio del cancro.

Prof. DARIO MARAGLIANO. — Dallo studio dei risultati ottenuti finora dai vari radiologi e chirurgi l'O. arriva alle conclusioni seguenti:

1) La radioterapia preoperatoria dei carcinomi nettamente operabili non è scevra di pericoli e non ha fornito risultati così netti e sicuri da poter essere sistematicamente consigliata.

2) Nei cancri, che si trovano ai limiti dell'operabilità, la radioterapia può rendere utili servizi nel senso di ridurre il volume del tumore, renderlo mobile e diminuire le secrezioni icorose dei tessuti neoplastici e già ulcerati.

3) La radioterapia post-operatoria profilattica non dev'essere eseguita con alte dosi intensive, perchè queste agiscono dannosamente, diminuendo la resistenza dei tessuti sani e favorendo le recidive. È consigliabile invece la radioterapia profilattica post-operatoria con dosi medie e ripetute.

4) La radioterapia post-operatoria contro le recidive già avvenute sarà eseguita cogli stessi criteri che regolano la radioterapia dei tumori primitivi sempre evitando le dosi intensive.

Seduta del 3 luglio 1925.

Presidenza del Prof. A. FABRIS, Presidente.

Diatermia in ginecologia.

C. VERCESI. — Richiamati brevemente i concetti di fisica medica sull'impiego delle correnti ad alta frequenza in genere e, in particolare, sull'applicazione clinica della termopenetrazione, l'O. espone una larga casistica di forme infiammatorie dell'apparato genitale femminile e di disturbi trofici e funzionali utero-ovarici.

La valutazione obbiettiva dei risultati ottenuti, mentre contribuisce a meglio delimitare il campo

d'azione della diatermia e a precisarne le varie controindicazioni, dimostra l'altissima efficacia di questo mezzo terapeutico in ginecologia, grazie alla sua azione iperemizzante, trofica e analgesica sui tessuti.

Dott. FRANCESCO CROVA.

Società Medico-Chirurgica degli Ospedali Abruzzesi.

Seduta del 2 agosto 1925.

Presidenza: prof. A. MATTOLI, presidente.

La endocarditis pallida.

Prof. A. GASBARRINI (Bologna). — L'O. sulla scorta di due casi di endocardite così detta pallida si ferma a tratteggiare la fisonomia clinica del processo morboso discutendo i punti più salienti della diagnosi differenziale e della terapia.

La legge del cuore in clinica.

Prof. D. MAESTRINI (Teramo). — L'O. riferisce i risultati delle sue ricerche sperimentali e cliniche sulla legge del cuore, e, dopo aver discusso le varie teorie che in questo campo anche oggi vengono avanzate, conclude dimostrando che esiste un rapporto tra frequenza e dilatazione del cuore; difatti il cuore affetto da insufficienza mitralica scompensata aumenta la sua frequenza di mano in mano che aumenta il suo volume; è massima quando il cuore si trova in sfiancamento; torna a diminuire gradatamente col diminuire del volume del cuore.

Reinfusione sanguigna da emoperitoneo.

Prof. R. PAOLUCCI (Bari). — Sulla base di numerosissime esperienze, divise in vari gruppi, l'O., passate in rassegna le varie cause di tossicità del sangue stravasato, la modificazione della crasi sanguigna dopo la reinfusione, la differenza di tossicità del sangue stravasato a seconda della sua provenienza, la modificazione della crasi sanguigna quando la reinfusione avviene attraverso il circolo portale, conclude che propende per la reinfusione se l'emoperitoneo si è prodotto da non oltre le sei ore.

Il calcio nel sangue dei cancerosi.

Dopo un esame comparativo di tutti i metodi conosciuti per la ricerca microchimica e colorimetrica del calcio, l'O. dichiara che nei cancerosi (in 11 determinazioni da lui fatte) il tasso del calcio è in sensibile diminuzione.

Tossi albumine ad azione shock-simile per prolungata applicazione di laccio emostatico.

L'O. con numerose ricerche, con curve emodinamiche e respiratorie, dimostra che, negli arti sottoposti a prolungata costrizione per laccio emostatico, si formano sostanze ad azione vasodilatatrice, eccitatrici del parasimpatico vasodilatatore.

Le emorragie intracraniche del neonato.

Prof. N. RIZZACASA (Aquila). — L'O. riferisce sull'argomento illustrando la frequenza dell'emorragia; ricordandone le cause determinanti e predisponenti; esponendo i sintomi dell'emorragia già esistente al momento della nascita e di quella tardiva; soffermandosi quindi sulla necessità della diagnosi e dell'unica terapia razionale rappresentata dalla puntura lombare, alla quale bisogna ricorrere precocemente per ottenere buoni risultati.

La concentrazione degli idrogenioni nel siero di sangue.

Dott. A. VETTA (Chieti). — Espone una nota preventiva su ricerche relative alla concentrazione ionica del siero di sangue. Osserva l'abbassamento del fosforo nel siero emolizzato e si riserva le conclusioni definitive quando avrà portato a termine le esperienze in corso.

Sierodiagnosi dei tumori maligni.

Dott. A. MERLINI (Bari). — L'O., dopo aver rapidamente passate in rivista le più importanti prove biologiche per la diagnosi precoce dei tumori maligni, riferisce le sue esperienze sulla ricerca dell'indice antitriptico nella reazione di Botelho. E, benchè questa sia risultata positiva nel 68, 75 %, conclude che la diagnosi biologica dei tumori è ancora lontana dall'entrare nel novero dei fatti positivi.

Il punto doloroso lienale posteriore.

Dott. S. DI TOMMASO (Teramo). — L'O. riferisce le sue osservazioni cliniche su il punto doloroso lienale posteriore, e, dopo aver trattato la sua patogenesi, conclude che non può essere d'accordo con coloro che ammettono questo punto doloroso come patognomonico di un'affezione malarica della milza, mentre si riscontra in affezioni spleniche le più disparate.

Acetonuria post-operatoria.

Dott. P. PENNELLA (Bari). — Dai risultati delle sue esperienze (circa 100) e dopo esauriente disamina delle teorie più recenti sulla genesi dell'acetone e dei corpi chetonici in genere, ritiene di poter concludere che l'acetonuria post-operatoria dipende se non esclusivamente certo prevalentemente dall'anestetico e la sua gravità è in rapporto evidente con il tipo dell'anestetico e con la sua azione tossica sulla cellula epatica.

Contributo alla terapia delle ferite penetranti del bulbo oculare con ritenzione di corpo estraneo.

Prof. A. ROSICA (Chieti). — L'O., dopo un esame critico dei mezzi diagnostici usati per accertare la presenza dei corpi estranei endoculari, prospetta il caso assai importante quantunque raro, in cui il corpo estraneo è contenuto solo in parte nell'interno del globo oculare, mentre è localizzato con l'altro estremo nella cavità orbitaria; ed illustra anche con radiografie un'osservazione clinica fatta durante la guerra in un ospedale di riserva.

Dott. V. ROSSONI.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 3 luglio 1925.

Presidenza: Prof. U. BACCARANI.

Dilatazione segmentaria del tenue senza stenosi.

Prof. A. MONTANARI. — L'O. illustra con adeguata documentazione radiografica un caso di dilatazione segmentaria del tenue senza stenosi.

L'esistenza di questo quadro morboso è frutto di osservazioni laparotomiche del prof. DONATI in malati sottoposti ad esame radiologico dal prof. VESPIGNANI.

Osservazioni di cisti ossee.

Prof. A. CAUCCI. — L'O. presenta due ragazzi di circa 10 anni aventi riportato frattura patologica rispettivamente del collo e della diafisi femorale per piccoli traumi. L'esame radiologico dimostrò che si trattava di cisti ossee, la parete delle quali era fratturata.

L'atto operativo mostrò cavità ossee ripiene di liquido siero-ematico e l'esame istologico del prodotto di raschiamento mise in evidenza un tessuto fibroso con qualche cellula gigante polinucleata.

L'O. ha colmato la perdita di sostanza ossea con innesto osseo ed ha ottenuto risultati funzionali perfetti.

Per la patogenesi di queste cisti l'O. si riferisce all'« osteite fibrosa » di Recklinghausen e ricorda un'osservazione di una bambina di 10 anni operata di enucleazione di un tumore centrale della diafisi femorale al III superiore, che dava immagine radiografica simile a quella delle cisti riferite, il quale fu enucleato e la cavità ossea semplicemente raschiata. Il reperto istologico era analogo ai precedenti: tessuto fibroso ricco di elementi fusati con qualche cellula gigante. L'a. è guarita da alcuni anni senza recidiva.

Il sonno prolungato negli stati da eccitamento.

Prof. ARRIGO TAMBURINI. — L'O. riferisce sui risultati da lui ottenuti particolarmente con il metil-barbiturato di etilamina e come questo preparato si sia mostrato fra tutti, quello che presenta meno inconvenienti, essendo i casi di assoluta incompatibilità molto rari.

Sopra un caso di idronefrosi da inginocchiamento dell'uretere secondario a ptosi renale.

Dott. I. BARCAROLI. — L'O. porta un contributo all'utilità del metodo pielografico dal punto di vista diagnostico e terapeutico, riferendo sopra un caso clinico di rene mobile di secondo grado con notevole dilatazione delle pelvi e dei calici principali.

L'uretere si presenta nella sua porzione inferiore con un tipico inginocchiamento ad N.

Operata di nefropessi, cinquanta giorni dopo l'atto operativo venne eseguita nuovamente la pielografia a sinistra, che non mostrò più il rene in sede ectopica, ma ricondotto in alto in posizione normale e contemporaneamente mise in evidenza non solo la scomparsa dell'inginocchiamento uretrale, ma anche un inginocchiamento della sacca idronefrotica.

Immagini radiografiche delle alterazioni osteo-articolari della gotta.

Dott. A. PACETTI. — L'O. dimostra in un caso ricco di documentazione radiografica l'importanza che assume la radiologia nella semeiotica della gotta. L'interesse, egli dice, è offerto non tanto da alcuni fatti banali, come la decalcificazione, l'esistenza di osteofiti e alterazioni del contorno delle superficie articolari, quanto di altri che sono veramente caratteristici della gotta, quali ad esempio la vacuolizzazione delle estremità ossee, le incisure dei contorni dell'osso semicircolari o in forma d'alabarda (MAUVOISIN) le quali alterazioni per il loro confluire possono anche determinare la separazione di grossi frammenti ossei.

La presenza di queste immagini insieme a quelle dovute all'infiltrazione calcarea dei tofi, costituisce un quadro radiologico che permette il giudizio di gotta articolare.

L'incisione da preferirsi per lo svuotamento dell'adeno flemmone sottomascellare.

A. POGGIOLINI. — In base alle sue ricerche di anatomia chirurgica, nell'adeno flemmone sottomascellare, l'O. preferisce *incidere obliquamente dall'alto al basso, dall'interno all'esterno, nello spazio compreso fra il margine mandibolare nel III anteriore ed il gran corno dell'osso joide.*

Nell'adulto si può ottenere così una incisione che ha i seguenti vantaggi: 1) è sufficientemente ampia; 2) può raggiungere la parte più declive della loggia, favorendo il completo svuotamento del pus; 3) non seziona trasversalmente le fibre del m. pellicciaio del collo, essendo parallela a dette fibre; non residua quindi retrazione cicatriziale; 4) evita quasi certamente la lesione dei rami facciali della branca inferiore del n. facciale.

Ad eccezione del primo, tali vantaggi non porge l'incisione di Lèjars, comunemente usata: parallela e a ridosso del bordo mandibolare inferiore in corrispondenza dei 2/3 post; la quale incisione, fra l'altro, lascia costantemente una cicatrice permanentemente retratta.

Nei bambini, data la minima distanza fra bordo mandibolare e gran corno dell'osso joide, l'incisione preferita all'O. non può essere che brevissima e, d'altra parte, il prolungarla in basso o in alto, sarebbe inutile poichè si oltrepasserebbero i limiti della loggia.

Il Segretario: Prof. A. MONTANARI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le streptococcemie gravi ed il loro trattamento.

Le streptococcemie benigne, brevi, sono eccezionali, almeno sotto gli aspetti rigorosamente controllati dalla batteriologia. Le forme gravi si iniziano solitamente con intenso brivido e salita rapida della temperatura a 40°. La febbre può rivestire un tipo intermittente che ricorda la febbre malarica, senza però che si abbia remissione assoluta negli intervalli. Oppure si può avere una curva irregolare, od un tipo nettamente remittente a grandi oscillazioni, oppure uno stato febbrile continuo accompagnato da altri attributi dello stato tifoso, come stupore, secchezza della lingua, meteorismo, splenomegalia.

Un segno importante è l'anemia, talora sostenuta da emorragie (porpora, epistassi, gastrorragie, ecc.), ma generalmente dovuta al potere emolitico dello streptococco. Nelle forme gravi, lo stato generale è rapidamente alterato; si ha dimagramento progressivo, stanchezza estrema, cefalea, respirazione accelerata, tachicardia, ipotensione; urine rare, spesso albuminuriche, quasi sempre con urobilina. Le localizzazioni più frequenti dello streptococco sono le vene, l'endocardio ed il rene; vi sono poi localizzazioni articolari ed anche polmonari.

A. Lemierre e P.-N. Deschamps (*Journal médical français*, aprile 1925) distinguono le forme iperacute, fulminanti che portano a morte in uno-due o pochi giorni con febbre continua a 40°-41° ed adinamia. Vi sono poi le forme acute che portano a morte in 15-30 giorni o che possono anche guarire malgrado i fenomeni gravi. Esistono poi setticemie ad evoluzione prolungata che durano 2-3 mesi ed anche più. Queste talora terminano in guarigione dopo l'incisione di un focolaio suppurato secondario, ma portano spesso la morte per cachessia o per localizzazione secondaria.

Il trattamento può essere anzitutto profilattico, nel senso di sopprimere il focolaio settico che ha originato la setticemia. Si farà il trattamento generale di tutte le infezioni: bibite abbondanti, stimolanti diffusibili, effusioni o bagni tiepidi o freddi, goccia a goccia rettale, iniezioni di siero salato o glucosato isotonico; si deve però evitare l'applicazione di troppi mezzi terapeutici per non stancare il malato.

Lo « shock » colloidoclasico va maneggiato con estrema prudenza e non appare consigliabile al pratico. La sieroterapia non ha dato i risultati che se ne aspettavano; quelli della vaccinoterapia sarebbero incostanti e variabili; essa forse agirebbe come l'iniezione di proteine eterogenee e, praticata al momento opportuno, potrebbe dare la guarigione prematura di streptococcemie che si trascinano a lungo.

Fra i diversi e numerosi preparati chemioterapici, gli AA. dichiarano di non avere esperienza personale, se non sulla tripaflavina, la quale sarebbe però del tutto inefficace.

In complesso, il trattamento di queste setticemie rimane dei più incerti; nessun metodo può aspirare ad essere un rimedio specifico ad azione costante.

fil.

Orchite da malaria.

I. Di Pace (*Folia medica*, 1925, n. 13) ha osservato in due individui, l'uno di 24, l'altro di 5 anni, in seguito alla classica manifestazione malarica, confermata dall'esame del sangue, i seguenti fatti: dapprima dolore, poi tumefazione in una delle logge scrotali, senza alcuna partecipazione degli elementi del funicolo spermatico. Il dolore ha avuto sempre, anche nella reinfezione o recidiva malarica, le sue esacerbazioni in coincidenza con le riaccensioni febbrili, ha resistito a tutti i palliativi, si è attenuato con la defervescenza ed è scomparso con la scomparsa della febbre, in seguito all'uso del chinino. La tumefazione, nella sua evoluzione, ha seguito l'andamento della febbre, è aumentata dopo i primi accessi febbrili, è andata regredendo fino a scomparire, nel primo caso in 6 giorni, nel secondo in 3 e non ha lasciato postumi, dopo la scomparsa della febbre.

Uno dei due individui ebbe influenza 6 mesi prima e 5 mesi dopo l'infezione malarica; l'altro ebbe il morbillo fra la prima e la seconda manifestazione malarica; in nessuno di essi si ebbe, con tali malattie, insorgenza di sintomi a carico del testicolo. Sono da escludersi per entrambi le malattie che si ammette abbiano influenza nell'etiologia delle orchiti e particolarmente la blenorragia; così pure è da escludersi ogni traumatismo.

La comparsa del dolore in pieno benessere, dopo i primi accessi febbrili, il fatto che esso, al pari della tumefazione, ha seguito l'andamento della malaria ed è stato influenzato soltanto dalla somministrazione del chinino senza esserlo minimamente dalle cure locali, in unione alla esclusione di ogni altra causa capace di provocare l'orchite dimostrano che questa nei casi osservati è da attribuirsi alla infezione malarica. La malaria, dunque, sia pure molto raramente ed in cir-

costanze eccezionali, deve essere annoverata fra le malattie generali che possono avere un'influenza nell'etiologia delle orchiti acute. *fil.*

Il lattante di fronte all'infezione morbillosa.

L'immunità naturale di fronte al morbillo è assai discutibile e per lo meno assai rara. Al contrario, è invece assoluta la predisposizione, la quale però non è uguale in tutte le epoche della vita; minima nei primi mesi, si va accentuando dal 6° al 12° per raggiungere il massimo al 2°-6° anno di età.

Come osserva P. Galli (*La Clinica pediatrica*, 1924, n. 11), l'immunità di cui godono i lattanti nei primi mesi di vita è in rapporto con lo stato immunitario della madre acquisito per un precedente morbillo; essa è transitoria, perchè passiva e tende ad essere conservata dall'allattamento materno. Invece, affrettano la scomparsa di tale immunità l'allattamento artificiale e le malattie in genere; il primo per la mancanza nel latte delle sostanze protettive, le altre per il rapido consumo degli anticorpi che il bambino ha passivamente incorporati dall'organismo materno.

Appunto per questa relativa immunità, il morbillo assume nel lattante una fisonomia propria, in quanto che decorre mite e lieve, in forma frusta od abortiva ed è spesso di diagnosi difficile; man mano che il bambino si avvicina alla fine del primo anno, il morbillo tende alla forma classica. I casi gravi e complicati sono eccezionali nei primi mesi e meno rari nel secondo semestre. *fil.*

Caratteri dell'ipersensibilità allo Stovarsolo.

G. Izar (*Paris Méd.*, n. 32, agosto 1925) pubblica 4 osservazioni di fenomeni tossici insorti in pazienti trattati con stovarsolo per via orale.

Si trattava di individui affetti da amebiasi intestinale, nei quali si alternavano periodi di cura emetinica e periodi di somministrazione di stovarsolo alla dose di gr. 0.50 al giorno in due pastiglie.

In uno si presentarono improvvisamente dolori addominali violenti, diarrea, sudori profusi, tenesmo vescicale e rettale, vertigine e tachicardia. Negli altri invece si manifestarono fenomeni tossici d'altro tipo, in forma di astenia e tachicardia, vertigini, collasso, raffreddamento delle estremità e febbre.

Poichè in molti altri casi trattati in maniera analoga non si osservò nulla di anormale, si deve logicamente pensare a una diminuita tollerabilità, od anche ad una sensibilizzazione individuale, escludendo che si possa trattare di difetto di fabbricazione della medicina.

M. FABBRI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Il drenaggio del dotto toracico nella peritonite sperimentale.

Costain di Toronto nel 1922 riferì alcune esperienze su cani, secondo le quali il drenaggio del dotto toracico impedirebbe in un grande numero di casi la morte di animali (cani) nei quali la cangrena di un tratto di cieco aveva dato luogo a una peritonite settica generalizzata.

Furono inoltre riferiti anche parecchi casi clinici di peritoniti trattate in questo modo.

Cox e Bell (*Annals of Surgery*, maggio 1925) riferiscono che di 13 cani nei quali avevano legato l'appendice e il meso: 9 morirono in 48 ore e 4 sopravvissero da 4 a 13 giorni.

In una seconda serie di 12 cani eseguirono la stessa operazione e dopo 24 ore stabilirono una fistola del dotto toracico: 1 morì prima del secondo intervento, 10 morirono fra 48 e 50 ore e 1 visse 10 giorni. In una terza serie di 11 cani eseguirono le due operazioni in un sol tempo: 9 di essi morirono in meno di 50 ore, 1 ne sopravvisse 72 e 1 guarì, benchè la sua fistola non avesse funzionato nelle prime 48 ore.

In altri 9 cani legarono l'appendice e il dotto toracico: 7 di essi morirono e 2 guarirono. In media però sopravvissero più degli altri poichè solo 4 morirono in 48 ore, e si noti che dei 7 che morirono, in 3 si formò una fistola in seguito alla legatura del dotto. Hanno eseguito inoltre, a somiglianza di Costain, esperienze producendo una peritonite, colla chiusura di un'ansa intestinale a monte e a valle. Di 10 cani, 9 sono morti nel tempo usuale dei controlli non ostante il drenaggio del dotto.

In base alla loro esperienza negano perciò qualsiasi valore al drenaggio del dotto nel prevenire la morte per peritonite; tutto al più si potrebbe dire che la semplice legatura prolunga alquanto la vita. Gli AA. mettono inoltre in evidenza i pericoli che comporta questa operazione se eseguita nell'uomo. La morte per inanizione (casi di Eyer, Bucknall, Cheever, Schopf), la possibile lesione di organi vitali.

Studiando l'assorbimento di sostanze colorate dal peritoneo, gli AA. le hanno viste apparire nel chilo in tempi variabili, il che indica una variabilità individuale di assorbimento.

M. ASCOLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Nella phlegmasia alba dolens. — Al dott. G. L., da B.:

Trattamento generale: quello solito delle infezioni puerperali, che è vario secondo le simpatie personali e purtroppo, ad ogni modo, non sicuramente efficace. Nella proteinoterapia specifica e non specifica, abbiamo solo dei mezzi per stimolare le difese organiche, ma siamo alla mercè della « risposta » di quel dato organismo.

Trattamento locale: immobilizzazione, arto sollevato, impacchi caldi. Qualcuno raccomanda le applicazioni di pomata all'ittiolo (in glicerina al 5 %); altri ha ugualmente buoni risultati semplicemente rivestendo l'arto con uno strato di ovatta. Di solito è localizzazione a prognosi favorevole *quoad vitam*; molesta per i postumi a distanza; anche dopo mesi o anni residua facilità ad edemi. Occorre per prevenirli prolungare il più possibile la degenza a letto, anche dopo il fatto acuto. Massaggi sono utili dopo qualche mese. Anche raccomandabili le calze elastiche.

p. g.

Lo iodio nei colecistitici. — All'abb. n. 2823

La colecistite è frequente negli individui, che si sogliono caratterizzare con l'epiteto di uricemici.

La somministrazione di preparati iodici in questi ammalati non trova alcuna controindicazione.

Anzi, in parecchi casi, io ho visto un deciso miglioramento dei sintomi epatici (anche dolorosi) sotto l'azione dello iodio somministrato per via orale.

Sni.

Esami per medici di bordo. — All'abb. n. 11979:

Gli esami di idoneità per i medici che aspirano ad essere autorizzati a viaggiare come medici di bordo saranno banditi con ogni probabilità nel principio del prossimo anno, ed avranno luogo oltre che a Roma, nelle principali sedi marittime che verranno indicate.

Gli esami consistono di una prova pratica scritta di etiologia, patologia, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive e macroparassitarie, con speciale riguardo alle esotiche e a quelle dei paesi caldi; di prove pratiche riguardanti l'accertamento diagnostico di dette malattie e l'uso di apparecchi di disinfezione a vapore, la bromatologia e l'urologia, la semeiotica e diagnostica clinica, in una prova orale di igiene navale, di legislazione sanitaria con speciale riguardo alla sanità marittima, e di lingue straniere.

C.

VARIA.

L'abito dell'uomo di studio.

Sir A. Keith (*Brit. med. Journ.*, 3 ottobre 1925) prende occasione dalla recente perdita di Sir Clifford Allbutt per fare alcune osservazioni sull'abito mentale e fisico dell'uomo di studio. Egli ricorda come il grande scomparso soleva trascorrere volentieri lunghe ore a spigolare negli altrui scritti i fatti e le spiegazioni che gli sembravano degni di nota, vagliarli, e sistemarli in modo organico nella sua mente, da averli sempre presenti e poterli rievocare al momento opportuno. Egli si comportava in ciò in modo simile a quello che una ben ordinata massaia fa con gli oggetti domestici. Per questo motivo, pensa l'A., è possibile a figliuoli di gente semplice acquistare rapidamente l'abito dell'uomo di studio. Però rendere il cervello schiavo dello studio è una delle più ardue lotte che l'uomo s'imponga: è un'abitudine che va continuata, altrimenti facilmente si perde, ed è difficile riacquistarla.

L'abito dello studio diminuisce l'esercizio fisico, onde il nutrimento che lo stomaco è solito richiedere, in rapporto alla costituzione dell'uomo che comporta un discreto esercizio muscolare, diviene eccessivo: di qui uno stato di dispepsia cronica al quale difficilmente si sottraggono i più degli studiosi.

Esistono ricercatori che poco si curano di quanto gli altri hanno osservato e perseguono nella ricerca una concezione tutta propria; esistono medici che quasi unicamente traggono i loro insegnamenti dalla diretta esperienza del malato, trascurando l'altrui esperienza, ma è chiaro che questi possono costituire soltanto delle eccezioni. È necessario per l'avvenire della scienza e dell'umanità che la mente dell'uomo di studio abbia in genere alte qualità di coordinazione e di critica, abbia metodo e costanza.

Secondo l'A. sono molti quelli che potenzialmente hanno le qualità dell'uomo di studio, sebbene per le loro occupazioni richiedano abitualmente al loro cervello una prestazione assai minore di quella dello studioso. Ciò accade perchè il cervello, come il cuore, ed ogni altro organo, ha un notevole margine di forza di riserva che di solito viene impiegata solo in particolari evenienze.

Non è possibile acquistare immediatamente l'abito dell'uomo di studio, ma occorre un certo allenamento. Inoltre ciascuno studioso ha particolari condizioni di attività nelle quali dà un rendimento ottimo.

L'attività cerebrale, come quella degli altri organi, va poi soggetta ad oscillazioni, per le quali, con legge diversa per ogni singolo individuo, a periodi di enorme attività seguono periodi di scarso rendimento.

DORIA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXXVIII. — Importante risoluzione della Corte di Cassazione circa la competenza per le controversie relative a diritti patrimoniali tra impiegati e pubbliche amministrazioni.

Esaminammo diffusamente, in questa rubrica, le questioni dipendenti dalla interpetrazione non sicura delle nuove disposizioni concernenti la giustizia amministrativa: R. D. 26 giugno 1924 n. 1054 per le leggi sul Consiglio di Stato e R. D. 26 giugno 1924 n. 1058 per le leggi sulla G. P. A. in sede giurisdizionale.

Esponemmo allora il nostro pensiero e indicammo la linea di condotta che, anche per la consulenza di questa rivista e per l'attività pratica professionale, noi avevamo deciso di seguire. La controversia è stata recentemente oggetto di esame in sede di ricorso per Cassazione, ed ha avuto una risoluzione conforme alla opinione da noi espressa. La massima stabilita dal Collegio Supremo è importante non soltanto per il suo contenuto ma anche perchè rappresenta una norma che si può ritenere non instabile. Dunque, le Sezioni Unite delle Corti di Cassazione del Regno, con sentenza 30 giugno 1925, ricorrente Semprini, hanno statuito sostanzialmente così:

« In base agli art. 29 e 30 T. U. 26 giugno 1924 n. 2050 della legge sul Consiglio di Stato venne deferita a quel consesso l'esclusiva competenza circa i ricorsi relativi all'impiego pubblico, ancorchè si faccia questione di diritti subbiettivi. Furono soltanto riservate ai giudici ordinari le questioni attinenti a diritti patrimoniali conseguenziali alla pronunzia sulla legittimità dell'atto amministrativo. Tali norme hanno derogato gli art. 2 e 4 della legge sul contenzioso amministrativo, ma soltanto in quanto la *causa petendi posta dall'impiegato a base della sua istanza abbia origine da un provvedimento che alteri, modifichi o distrugga un rapporto già costituito che l'impiegato abbia interesse a non vedere mutato. Quando invece la controversia non rifletta la legittimità o meno di un atto amministrativo*, ma verta unicamente sulla interpetrazione di norme legislative, relative al diritto patrimoniale dell'impiegato, sta ferma la competenza del giudizio ordinario ».

Identica è la risoluzione giuridica nel caso analogo relativo alla competenza della G. P. A. per gli impiegati degli enti locali. Ed è analogo il caso in cui la controversia dipenda dalla interpetrazione di norme del capitolato.

Seguendo i criteri accolti dal Collegio Supremo si esamini, per esempio, il caso di una controversia circa la indennità caroviveri. Se l'impiegato del Comune fonda la sua istanza sulle norme del capitolato o di una deliberazione che abbia attribuito la indennità caroviveri e il Comune contesti la pretesa deducendo, per ipotesi, che il vincolo non fu validamente costituito o che è scaduto, ecc.; se, insomma, si deve stabilire in base ad una norma o della legge o del capitolato se quel diritto patrimoniale compete all'impiegato, spetta all'autorità giudiziaria ordinaria di giudicare della domanda. Ma se il Comune abbia, per ipotesi, annullato la deliberazione che attribuì la indennità caroviveri con effetti ex nunc o ne abbia ridotto per es. la misura, ritenendo di poter ciò fare; se, in altri termini, il Comune abbia emanato un provvedimento col quale sia stato alterato o modificato il rapporto di impiego e l'impiegato se ne dolga per illegittimità e chieda l'annullamento della relativa deliberazione, in tal caso è competente la G. P. A. in sede giurisdizionale, anche se la modificazione, cioè il contenuto del provvedimento, rifletta una questione di carattere patrimoniale.

Crediamo che questo esempio pratico chiarisca molto bene la situazione e possa servire di guida.

Abbiamo insistito su questo punto perchè non pochi errori sono stati commessi e forse altri se ne commetteranno. Non è qui il caso di approfondire di più la questione tecnica: basta averla segnalata agli effetti pratici, se non altro per dimostrarne la importanza e perchè gli interessati possano richiedere, ove occorra, il parere di legali in tempo utile.

LXXIX. — Rinnovazione di un provvedimento annullato.

Dichiarato illegittimo e annullato un provvedimento di dispensa dal servizio, non può l'amministrazione rinnovare il provvedimento stesso con efficacia retroattiva, cioè con la decorrenza che aveva il provvedimento annullato, giacchè con simile espediente si farebbe rivivere sostanzialmente un provvedimento caduto nel nulla, e ciò con danno dell'impiegato che doveva invece con-

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico**

siderarsi legittimamente in servizio fino a quando la dispensa non fosse stata di nuovo deliberata nelle forme prescritte.

Nel caso così deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 20 marzo 1925 n. 383, ric. Murru, si trattava di una dispensa dal servizio per motivi disciplinari. Il provvedimento era stato annullato per incompetenza dell'organo che lo aveva emanato. Ma il principio ha notevole importanza di massima per l'applicazione che ne deriva in altri casi. Si consideri, per es., il licenziamento del medico condotto per fine del periodo di prova deliberato tre mesi prima del compimento del biennio. Pongasi che questo provvedimento sia poi annullato per illegittimità e, sia pure, per un vizio formale della deliberazione: perchè questa, per es., fu approvata in seduta pubblica. Caduta nel nulla la deliberazione, il Comune non potrebbe poi rinnovare lo stesso provvedimento, perchè frattanto sarebbe scaduto il termine e, d'altra parte, non si potrebbe dare al nuovo provvedimento effetto retroattivo.

LXXX. — Rimedi giuridici nei casi di licenziamento per soppressione di posto.

È stato dichiarato più volte dal Consiglio di Stato che è illegittima la dispensa dal servizio per soppressione di posto deliberata indipendentemente e prima della relativa modificazione dell'organico, la quale costituisce logicamente e giuridicamente il presupposto della dispensa. Questo principio logico è stato riaffermato dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 20 marzo 1925 n. 385, ric. Bacci, la quale però ha soggiunto che se la riforma dell'organico, con lo effetto della soppressione del posto, è stata approvata dal Consiglio Comunale, si può provvedere alla dispensa dal servizio anche prima che la riforma stessa sia approvata dalla autorità tutoria. « L'esecutorietà o meno dell'atto amministrativo attiene alla sua efficacia, ma è irrilevante nei riguardi della sua validità intrinseca, la quale deve essere giudicata esclusivamente in rapporto agli elementi essenziali dell'atto medesimo: a forziori essa non può influire sulla validità di un atto diverso e giuridicamente distinto anche se, sotto qualche aspetto, in parte connesso; dalla eventuale mancanza di approvazione da parte della autorità tutoria di un atto che sia il presupposto di un altro e debba perciò essere emanato in precedenza, può derivare soltanto la inefficacia dell'atto posteriore, non la sua invalidità ». In termini poveri, la dispensa dal servizio presuppone una deliberazione che sopprima il posto, presuppone cioè la *causa* della dispensa; la riforma dell'organico deve essere approvata dalla autorità tutoria e non ha piena efficacia prima della approvazione, la quale rende perfetto ed esecutivo l'atto, ma la dispensa dal servizio può essere deliberata anche prima dell'*approvazione* tutoria. Se poi questa fosse negata, se cioè il provvedimento di riforma dell'organico non si perfezionasse, venendo meno il presupposto e la causa della dispensa dal servizio, anche questa cadrebbe nel nulla. Ma, frattanto, nel corso del procedimento per l'approvazione, la dispensa dal servizio può essere deliberata con effetti che sono condizionati al perfezionamento della riforma.

È da avvertire, infine, che i rimedi giuridici ammessi contro il provvedimento di dispensa dal servizio devono essere esercitati indipendentemente dalla approvazione tutoria della deliberazione che sopprime il posto. Pongasi la ipotesi, purtroppo non infrequente, del licenziamento per soppressione di una condotta. In questo caso si hanno due provvedimenti: *a*) l'uno concernente la riforma dell'organico; *b*) l'altro la dispensa dal servizio. Il primo è soggetto ad approvazione della G. P. A., sicchè l'interessato può produrre ricorso in sede gerarchica contro la deliberazione tutoria che approva la riforma dell'organico e la soppressione del posto: in sede gerarchica, diciamo, perchè i provvedimenti emanati in sede di tutela non hanno normalmente carattere definitivo e sono soggetti a controllo gerarchico. Il secondo provvedimento, invece, concernente la dispensa dal servizio, ha carattere definitivo e contro di esso è ammesso ricorso in sede giurisdizionale alla G. P. A., trattandosi del licenziamento di impiegati di enti locali. Questo provvedimento può essere impugnato per vizi intrinseci o estrinseci inerenti ad esso o anche per illegittimità della *causa*: in quanto, per es., la soppressione del posto sia soltanto simulata.

LXXXI. — Varie ipotesi di licenziamento e rimedi relativi.

Il carattere di un atto amministrativo si deve desumere dal suo complesso, anzichè esclusivamente dagli articoli di legge in esso richiamati. Sebbene una deliberazione comunale di licenziamento richiami l'art. 32 del T. U. 1 agosto 1907 n. 336, ora art. 37 del R. D. L. 30 dicembre 1923 n. 2889, concernente il licenziamento del medico condotto per la fine del periodo di prova, si deve ritenere invece che si tratti di licenziamento *durante* il periodo di prova, *cioè in tronco*, se al licenziamento si dia esecuzione non alla scadenza della prova ma *immediatamente* o quando la relativa deliberazione sia divenuta esecutiva. Un licenziamento durante il periodo di prova deve essere fondato su ragioni gravi e perciò deve essere motivato.

Tale principio, già accolto dalla giurisprudenza è ora sanzionato dall'art. 38 del D. L. 30 dicembre 1923 n. 2889.

A proposito di questa risoluzione, contenuta nella sentenza 13 febbraio 1925 n. 99 della V Sezione del Consiglio di Stato, ric. Comune di Castel di Casio contro Farina, è opportuno considerare le varie ipotesi di risoluzione di rapporto di impiego tra il Comune ed il medico condotto:

1) *Licenziamento per fine del periodo di prova*: il provvedimento non deve essere motivato, derivando dall'esercizio di un potere tipicamente discrezionale; contro di esso è ammesso ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, per incompetenza, violazione di legge ed eccesso di potere.

2) *Dispensa dal servizio per soppressione di posto*: ricorso in sede gerarchica contro la deliberazione della G. P. A. che approva la riforma dell'organico; ricorso in sede giurisdizionale alla G. P. A., nel termine di trenta giorni dalla notificazione, contro la dispensa dal servizio.

3) *Licenziamento per motivi disciplinari nel corso del periodo di prova*: cioè in tronco e con effetti immediati. In tal caso gli addebiti devono essere contestati e provati; il medico condotto ha diritto di ricorso alla G. P.A. in sede giurisdizionale, anche per il merito.

4) *Licenziamento del medico condotto stabile*: motivi gravi di carattere disciplinare; contestazione degli addebiti; ricorso alla G. P. A., come si è detto al n. 3.

5) *Dispensa dal servizio per incapacità o inidoneità fisica*: in questo caso si deve osservare lo stesso procedimento che è stabilito per il licenziamento determinato da addebiti disciplinari: i motivi devono essere constatati e accertati; l'interessato ha diritto di ricorrere alla G. P.A. in sede giurisdizionale, anche per il merito.

LXXXII. — Computo del numero dei consiglieri nel caso di licenziamento per fine del periodo di prova.

Il numero del Consiglieri (due terzi) richiesto dall'art. 37 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, per le deliberazioni del Consiglio comunale concernenti il licenziamento per fine del periodo di prova dei medici condotti, deve essere calcolato in base al numero dei Consiglieri *assegnati* al Comune e non soltanto in base al numero dei Consiglieri in carica.

Così ha interpetrato la IV Sezione del Consiglio di Stato l'art. 37 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889, con decisione 17 aprile 1925 n. 448. Questa interpetrazione sembra a noi correttissima.

La decisione ha particolare importanza perchè il testo dell'art. 37 non è chiaro e preciso come quello dell'art. 127 della legge comunale e provinciale, il quale dispone che « i Consigli comunali non possono deliberare se non interviene la metà del numero dei Consiglieri *assegnati* al Comune ». Il Consiglio di Stato ha considerato: « che con questa regola dell'art. 127 è in evidente correlazione la norma eccezionale dell'art. 37 del R. D. 30 dicembre 1923 la quale, quando si tratti di deliberare il licenziamento per fine del periodo di prova del medico, richiede la presenza di due terzi dei Consiglieri. Attesa la speciale importanza della deliberazione da adottare si è voluta in questo caso la presenza di un numero di Consiglieri più elevato di quello richiesto di regola dall'art. 127 della legge comunale e provinciale per le altre deliberazioni. Ma, per raggiungere questo intento, è necessario che *i due terzi dell'art. 37 si calcolino sulla stessa base su cui si calcola la metà dell'art 127 del T. U.*, ossia sul numero dei consiglieri assegnati al Comune, perchè potrebbe altrimenti essere, in taluni casi, frustrata la volontà della legge che a queste deliberazioni di licenziamento dei medici presenzi un numero di Consiglieri maggiore di quello che è richiesto per tutte le altre deliberazioni ».

La decisione considera poi la differenza fra il testo del citato art. 37 e quello del successivo art. 39, il quale, per i licenziamenti determinati da motivi disciplinari, richiede l'intervento di almeno due terzi dei Consiglieri *assegnati* al Comune ed osserva che la omissione della parola « assegnati » nell'art. 37 « non si può ritenere dovuta ad un preciso intendimento del legislatore di spostare quella che, come sopra si è detto, è la base naturale e logica del calcolo ». La formula dell'art. 39 è completa e quella dell'art. 37 è ellittica. Sarebbe eccessivo attribuire alla differenza delle due formule una così significativa ed antitetica differenza di concetto, quando ciò che l'articolo 37 omette è di tale natura che assai facilmente ed ovviamente si sottintende ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Di talune disdicevoli innovazioni della riforma universitaria.

Non parmi, come taluno va dicendo, che i professori siano per natura loquaci, chè se tali fossero realmente avrebbero largamente trattato per tempo della tanto esaltata riforma universitaria. Nè è un difetto loro se sonosi mostrati critici poco benevoli contro di essa. Piuttosto troppo tardi si sono mossi, quando cioè la cosa era fatta nel mistero e nel silenzio.

Neppure sono d'avviso che il solo verificatore di essa dovrebbe essere lo Stato, o lo stesso Governo, che non avrebbe dato già mano ad alcuni miglioramenti se non fossevi stato sospinto dalle critiche sagaci e severe del Senato stesso, ignaro, come tutti, della secreta riforma, mentre invece sarebbesi dovuta escludere, come altra volta, dalla Commissione dei pieni poteri.

Si obbietterà certamente che senza di questi non si sarebbe portata in porto, come fu della Legge Casati. Ma altri tempi, ed altri bisogni, altri criteri, ed anche altri diritti.

Tanto più poi sarebbe stata necessaria una elevata, obbiettiva partecipazione dei più eminenti maestri che hanno dedicate tutte le loro nobili energie intellettuali al problema universitario, essendosi invece il riformatore guardato dal consultare perfino i disegni, gli studi numerosi del passato, come di farne utili confronti anche con l'estero.

Non poteva quindi uscire fuori che una legge autoritaria, deficente, che nei limiti possibili urge migliorare.

Fra le tante inopportune innovazioni, anche poco decorose, a cui dovrebbesi già avere provveduto, sebbene appaiano a taluni soltanto di forma, ma che sono di sostanza e di antica tradizione, poichè offendono l'amor proprio e la dignità dei Maestri dei nostri Atenei, l'una che ha incontrata generale riprovazione è l'arbitraria soppressione immediata del grado di professori emeriti, perfino di quelli che compiono in quest'anno il loro nobilissimo ufficio e che eransi resi altamente benemeriti della scienza e degli Atenei: da vederli perfino trattati come estranei da stupide intransigenze burocratiche.

Oltre ciò con questa abolizione inconsiderata, draconiana si sono private *ipso facto* di un antico diritto le Facoltà; quando da poco con una Legge recente (1917, n. 397) si erano emanate maggiori garanzie per gli emeriti. Infatti si era concesso loro di continuare a far parte del Consiglio della rispettiva Facoltà, e non solo di partecipare alla nomina del Preside e del Rettore, ma di essere eleggibili a tali cariche.

Veniva altresì fatto obbligo ai nuovi titolari delle cattedre da essi lasciate, *ope legis*, di fornire loro i mezzi necessari per il libero insegnamento, o per singoli studi sperimentali di cui intendessero occuparsi.

Duplice offesa, quindi del tutto volontaria, alle Facoltà ed ai colleghi insigni esiliati dall'Ateneo che avevano onorato, e che con mestizia amavano lontani.

Un'altra innovazione del tutto intempestiva è stata l'abolizione dei titoli di *ordinari* e *straordinari* per imporli agli insegnanti secondari, e dare agli universitari attributi burocratici. Basti dire che tale titolo era così largamente considerato da antico, che il Granduca di Toscana per onorare in modo speciale Mercuriale da Forlì, lo nominò *super honorarius*, perchè accettasse la cattedra pisana offertagli con altri privilegi.

La terza innovazione illogica, e di grave momento, essendo collegata con la nuova autonomia amministrativa e didattica, è stata quella della nomina dei Rettori, togliendo ai corpi accademici il diritto di designazione indiretta mediante la terna con la nomina per Decreto reale, non per un anno, ma per tre, senza riconferma, che con 2/3 dei votanti almeno.

Ritorneremo se sarà opportuno su queste come su altre mende e lacune con obbiettività piena.

Siena, 30 ottobre 1925.

Prof. D. BARDUZZI.

MEDICINA SOCIALE.

La Magistratura, la rappresentanza e la difesa nelle controversie fondate sui rapporti assicurativi. La perizia e l'autopsia come elementi integrativi del giudizio.

Il Ministero dell'Economia Nazionale ha pubblicato i lavori premiati al Concorso indetto nel gennaio 1922 per i migliori scritti su questo argomento. Nel programma di concorso era prescritto che i concorrenti dovessero approfondire specialmente i seguenti punti: scorci di legislazione comparata, critica dei sistemi e degli organismi vigenti, esigenze e direttive manifestatesi nel campo dell'esecuzione e della pratica.

Furono premiati il lavoro di Diez e quello di Ciampolini e Leoncini, che qui riassumiamo brevemente.

***

Il Diez nella prima parte del suo lavoro riassume le disposizioni legislative vigenti nella maggior parte dei paesi europei e nei principali Stati americani per la liquidazione delle indennità da infortunio in sede amministrativa e in sede contenziosa.

Nella seconda parte fa un'accurata e completa esposizione di tutti i precedenti legislativi riguardanti le nostre leggi per l'assicurazione contro gli infortuni degli operai nelle industrie e nella agricoltura, passando in rassegna tutti i progetti presentati al Parlamento, quelli proposti dalle varie commissioni che si succedettero nello studio delle riforme da introdurre alle leggi vigenti, e tutti i voti presentati da enti vari, da studiosi, da organizzazioni di datori di lavoro e di lavoratori, sui vari problemi riguardanti la legislazione contro gli infortuni.

La terza parte dello scritto è, a giudizio anche della Commissione che assegnò il premio, la più importante per « la bontà e l'aggiustatezza delle critiche e per originalità di vedute ».

In essa l'A. esamina singolarmente i sistemi in vigore nelle attuali leggi, e quelli contenuti nelle proposte di riforma che rappresentano le varie correnti manifestatesi, specialmente a riguardo della denunzia dell'infortunio, dei primi accertamenti (inchiesta pretoriale, certificati medici, autopsia) della procedura per la liquidazione amministrativa dell'indennità, degli organi giudicanti in sede contenziosa, della difesa degli assicurati. Notevole e coraggioso, per le verità messe in luce, è il capitolo che riguarda le perizie mediche e l'organizzazione parassitaria che pullula all'ombra delle leggi assicurative.

L'A. non si limita, nell'esaminare questi problemi, alla parte critica, ma formula proposte concrete, in gran parte originali, per la riforma dei vari istituti, al fine di rendere più spedita la procedura di liquidazione, di assicurare organi giudicanti competenti ed imparziali, di ottenere una tutela più efficace dei diritti degli assicurati, di eliminare gli abusi che si commettono in frode alla legge.

Egli propone che il diritto all'autopsia sia sancito per legge in tutti i casi di morte attribuita ad infortunio, e a tale scopo ritiene necessario che i cadaveri degli operai morti per infortunio siano sottoposti, per la sepoltura, al nulla osta dell'autorità giudiziaria, e che sia ristretto il limite di tempo utile per la domanda d'indennizzo da parte degli aventi diritto.

Riguardo alla liquidazione amministrativa della indennità l'A. ritiene che essa non debba essere fatta unilateralmente dagli Istituti assicuratori, nè dai Comitati di liquidazione così come furono concepiti per gli infortuni agricoli. È necessario che per disposizione legislativa sin dalle prime fasi della procedura i diritti dell'assicurato siano tutelati da parte di organi tecnicamente capaci e disinteressati (patronati).

Preferisce come organo giudicante la magistratura ordinaria, purchè sia resa più rapida la procedura, e sia riformato l'istituto dei periti, al cui cattivo funzionamento attribuisce non solo l'incertezza e la contraddizione che regna nella giurisprudenza medico-legale infortunistica, ma la maggior parte dei giudizi contrari ad equità e giustizia. Egli propone però che, quando si debbano definire questioni mediche, accanto al magistrato sieda una giuria (Commissione tecnica medico-legale) composta di un esperto in medicina legale e di altri medici particolarmente versati nelle branche su cui verte la materia del contendere, scelti in un ristretto albo di specialisti, e con particolari cautele. Al verdetto di questa giuria il magistrato dovrebbe attenersi nel pronunziare la sentenza. Secondo il parere della Commissione aggiudicatrice del premio, e anche il nostro, questa proposta merita di richiamare l'attenzione degli studiosi.

Riguardo alla difesa dell'assicurato il Diez si esprime nettamente contrario al libero patrocinio, e favorevole agli Istituti di Patronato, purchè essi, con opportune disposizioni legislative, siano messi in condizioni tecniche ed economiche tali da poter assolvere degnamente il loro delicato compito.

Agli Istituti di Patronato dovrebbe essere assegnata anche la tutela dei lavoratori nell'ambito delle altre leggi d'assicurazione sociale.

***

L'altro lavoro è stato redatto in collaborazione da Ciampolini e Leoncini.

Il Ciampolini esamina, nella prima parte dello scritto, la legislazione estera vigente nei vari Stati europei, nell'Australia, e in molti Stati americani, nel campo dell'assicurazione degli infortuni, della invalidità e vecchiaia, delle malattie.

Nella seconda parte espone la procedura in vigore nelle leggi italiane. Esamina il problema della magistratura giurisdizionale e delle magistrature speciali, mette in rilievo i difetti della prima perchè il giudice ordinario non dà affida-

mento, per mancanza di competenza, di poter bene giudicare nelle controversie di natura medica, espone le correnti manifestatesi in favore delle magistrature speciali, ma dichiara di non potersi pronunziare definitivamente per la loro adozione, non essendo ancora sufficiente l'esperimento fatto di esse nel contenzioso degli infortuni agricoli.

Tratta dell'arbitrato nella pratica medico-legale, istituzione puramente italiana, e delle leggi in cui esso è ammesso o in modo facoltativo, o obbligatoriamente. Conclude dichiarando di ritenere che per mezzo di questo istituto, a favore del quale molti enti si sono pronunziati, si hanno giudizi più equi, ed una procedura più rapida. Vorrebbe, perciò, che un tale sistema procedurale, meglio disciplinato, fosse reso obbligatorio, per lo meno fino a quando non si avrà maggiore esperienza circa il funzionamento delle attuali Commissioni arbitrali agricole.

Critica, poi, i Comitati di liquidazione creati nella legge degli infortuni agricoli, che vorrebbe soppressi, affidando la liquidazione amministrativa agli Istituti assicuratori col controllo degli Istituti di Patronato a difesa dell'operaio.

Si manifesta, in ultimo, in disaccordo con coloro che vorrebbero abolito il libero patrocinio, pur riconoscendo che si debba porre rimedio agli abusi cui esso dà luogo.

La parte del lavoro trattata dal Leoncini contiene, come si esprime la Commissione giudicatrice del concorso « contributi notevoli per l'esperienza di infortunistica industriale da cui sono sorretti, sulla inchiesta, sulla necroscopia e sulla perizia ».

Dopo aver parlato del significato e del valore giuridico della « prova per perizia » nel diritto comune e in quello assicurativo, esamina in particolar modo la funzione peritale nell'ambito dell'assicurazione infortuni. Rileva che il procedimento della liquidazione amministrativa, sia negli infortuni industriali che in quelli agricoli, non dà sufficienti garanzie di tutelare i diritti dell'operaio perchè si fonda su perizie della parte il cui interesse contrasta con quello dell' infortunato.

L'A. vorrebbe che la perizia giudiziaria fosse introdotta sin dalle prime fasi dell'infortunio, riformando opportunamente l'istituto della inchiesta pretoriale. Questa dovrebbe essere eseguita in tutti i casi in cui l'inabilità al lavoro superi i 20 giorni, dovrebbe acquistare il valore di una piena e perfetta prova giuridica, ed avere per scopo di stabilire lo stato di salute antecedente del leso, le alterazioni morbose attribuite all'infortunio, il loro nesso con l'accidente, la natura violenta di questo, le conseguenze prevedibili. La facoltà di procedere ad inchiesta dovrebbe, inoltre, essere concessa anche durante il decorso dell'infortunio, quando esista sospetto di dolo. Stabilendo legalmente la verità dei fatti in primo tempo e devolvendo la liquidazione amministrativa a Comitati dei quali facciano parte medici fiduciari dei due interessati, si ridurrebbero di molto le controversie.

Si sofferma, poi, sull'importanza dell'autopsia, e sulle difficoltà che ora si oppongono per la sua esecuzione. Come il Diez, egli vorrebbe che fosse sancito il diritto alla necroscopia obbligando il medico al referto in tutti i casi di morte di un operaio che abbia sofferto infortunio nell'ultimo biennio.

Tratta in ultimo della perizia nel contenzioso delle norme procedurali che la regolano e del discredito nel quale è caduto l'istituto peritale nel campo infortunistico, a causa della cattiva scelta dei periti. Egli propone l'emanazione di norme tassative per la scelta di sanitari specializzati, per la creazione dei quali è necessario dare maggior impulso ai corsi universitari di perfezionamento.

DRAGOTTI.

Cronaca del movimento professionale.

Per il miglioramento della pensione ai medici condotti.

La Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici ha ricevuto dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri la seguente lettera in data 6 ottobre 1925 in risposta alla lettera del luglio scorso N. 621:

« In relazione al foglio sopradistinto si comunica a cotesto on. Consiglio Direttivo che il Ministero delle Finanze, interessato da questa Presidenza ad esaminare benevolmente le richieste di cotesta Spett. Federazione relative all'aumento delle pensioni ai medici condotti, ha fatto presente quanto appresso:

« Col R. D. L. 19 aprile 1923 n. 1000, agli assegni vitalizi corrisposti dalla Cassa di Previdenza amministrati da questa Direzione Generale ai medici-condotti ed altri sanitari cessati dal servizio con decorrenza anteriore al 1° gennaio 1923 e alle famiglie superstiti dei sanitari morti prima di tale data, venne apportato un aumento che, in media, ammonta a circa il 78 per cento, per i primi, e al 75 per cento per le altre, dell'assegno che percepivano anteriormente.

« Attualmente è in corso presso l'Ufficio Tecnico di questa Direzione Generale, il lavoro relativo alla revisione dei dati del censimento della classe sanitaria, in base ai quali dovrà compilarsi il bilancio tecnico della Cassa di Previdenza riferito al 1° gennaio 1925.

« Se da tale bilancio risulteranno sufficienti disponibilità, nella destinazione di esse sarà tenuto

conto, nei limiti del possibile, anche delle condizioni dei sanitari e delle famiglie dei sanitari pensionati con decorrenza anteriore alla riforma della Cassa di Previdenza, la quale, come è noto, venne applicata dal 1° gennaio 1923 ».

Il Segretario Capo
f.to FERRARI PALLAVICINI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Municipio*. — Capo del Laboratorio batteriologico (II Grado tecnico); stip. iniziale lire egiziane 900 annue, elevabile a L.E. 1140, con aumenti biennali di L.E. 80. Diritto a pensione dietro ritenuta del 5 %. Età mass. 45 a. Laurea riconosciuta in medicina; titoli di preferenza: diploma d'igiene pubblica ed esperienza effettiva sulla batteriologia dei paesi caldi. Scad. 10 marzo 1926. Rivolgersi alla « Commission Municipale », Alessandria.

BASCHI (*Perugia*). — Due cond., per due fraz.; L. 9000 per 1000 pov.; addizion. L. 2; quattro quinquenni decimo; L. 600 serv. attivo; c.-v. Età lim. 40 a. Tassa L. 50,15 per ogni conc. A tutto 15 genn.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — 2ª condotta; proroga a tutto 25 dic.

CASTIONE DELLA PRESOLANA (*Bergamo*). — Scad. 25 dic. Vedi fasc. 48.

CELLA DATI (*Cremona*). — A tutto 15 gen. ore 16; L. 11,500 per 1000 pov.; addizion. L. 2,50; circa 1500 pov. Capitolato-tipo. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15. Obbl. mezzo di trasp., con indennità da stabilirsi. Assicur. Per uff. san. L. 300. Abitaz. dietro corrispettivo congruo canone. Titolo di prefer.: biennio di osped. o condotta.

CERNESCO SUL NAVIGLIO (*Milano*). — Cond. 4ª categoria; stip. L. 9000 e aumenti; per uff. sanitario L. 1300; L. 3600 per cavallo *idoneo* e vettura; ab. 6764; iscritti 340. A tutto il 27 dic. Docum. entro il 20 dic. (la duplice data è sul bando). Età lim. 35 a. Tassa L. 50.

GIRGENTI. *Ospedale Civile*. — Chirurgo direttore; titoli ed eventualm. esami; L. 12,000 e 50 % onorari prestazioni chirurgiche. Docum. alla Congreg. di Carità entro il 16 gen. Età 35-55 a. Tassa L. 50. Divieto di gestire o dirigere case di salute o reparti ospedalieri o di eseguirvi operazioni o visite. Chiedere annunzio.

GUALTIERI (*Reggio Em.*). — Al 31 dic.; con Pieve Saliceto; 1ª categ.; ab. 4216 di cui 1000 circa iscritti; L. 8000, oltre 5 quadr. dec., 2 c.-v., addiz. L. 5 oltre 1200 iscr.; L. 1500, ovvero L. 3000, mezzo trasp.; diaria L. 30 se servizio contagiosi in tempi di epidemia; L. 1000 direz. osped.; lire 1000 se uff. san. Età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg.

ITRI (*Caserta*). — Scad. 25 dic.; L. 7000 più L. 500 se uff. san.; età lim. 40 a.

MEDUNA DI LIVENZA (*Treviso*). — Proroga 15 gen.; L. 8000 e doppio c.-v.; L. 2500 trasp. L. 500 uff. san.; tassa L. 50,10.

MONTEFIORE DELL'ASO (*Ascoli Piceno*). — Al 31 dic. L'amministraz. si riserva di ridurre da 3 a 2 le condotte. L. 8500 fino al 25 % della popolaz.; L. 500 indenn. laurea; 5 quadr. decimo; L. 600 se uff. san. Servizio privato pel trasporto, gratuito. Tassa L. 50.10.

NAPOLI. *R. Accademia di Belle Arti e Liceo Artistico*. — Professore di anatomia. Docum. al Ministero della P. I. (Direz. Gener. per le Antichità e le Belle Arti). Scad. 30 dic.

PAUSULA (*Macerata*). — Al 31 dic. condotta chirurgica primaria; L. 9000; due c.-v.; tre quadrienni dec., oltre L. 1000 indenn. vetture. — Condotta rurale stesse condizioni, salvo L. 3500 mezzo trasporto. (Condotta estesa ma remunerativa. Poveri circa 500).

PAVIA. — Condotta esterna di levante. Vedi fascicolo 50. Scad. ore 12 del 31 dic.

PORDENONE. *Ospedale Civile di S. Maria degli Angeli*. — A tutto il 31 gen. primario medicina; titoli ed esami; L. 8000 e c.-v. Tassa L. 50.15. Sei anni di laurea; età lim. 40 a. se di prima nom., 50 se già primario o in serv. presso pubbl. Ammin. Nomina biennale, conferma per 8 anni e poi per 15 ma non oltre 65. Chiedere annunzio.

ROCCA DI PAPA (*Roma*). — Al 28 dic.; v. fasc. 46.

SANTOPADRE (*Caserta*). — Scad. 10 genn.; L. 8000 e 5 quadrienni di 1 dec.; cav. L. 2400; uff. san. L. 500. Tassa L. 50.15.

SMERILLO (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 dic.; lire 9000, compreso c.-v., oltre L. 500 uff. san. e lire 500 indenn. laurea; 5 quadrienni dec. Tassa lire 50,15.

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Medicina Interna.

Avviso di concorso al 1° premio Hoffmann-La Roche, di L. 10,000 per lavori di Terapia medica:

Art. 1. — A norma dei deliberati 24 ottobre 1923 e 26 ottobre 1925 del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Interna, ratificati dall'assemblea generale dei soci, viene prorogato al 31 dicembre 1926 il 1° concorso al premio di L. 10,000 offerto dalla ditta Hoffmann-La Roche.

Art. 2. — Il concorso è destinato a premiare i lavori eseguiti nel campo della terapia medica.

Art. 3. — Detto concorso è riservato a studiosi con cittadinanza italiana.

Possono concorrere al detto premio:

a) singoli autori;

b) più autori, che abbiano lavorato in collaborazione;

c) istituti scientifici non industriali.

Per concorrere si può presentare tanto un'unica memoria, quanto un gruppo di memorie, collegate fra loro e riguardanti un solo argomento di terapia.

I lavori dovranno essere già pubblicati: nel caso eccezionale di lavori inediti la concessione del premio sarà subordinata alla loro pubblicazione.

Art. 4. — I lavori presentati al concorso dovranno avere carattere strettamente scientifico e non riguardare nè rimedi segreti o di composi-

zione non determinata, nè specialità medicinali, nè prodotti o apparecchi brevettati, nè dovranno in alcun modo servire di *réclame* a case produttrici o a singoli individui.

Art. 5. — Per concorrere al 1° premio La Roche di L. 10,000 i lavori dovranno essere stati pubblicati entro il biennio 1925-26.

Art. 6. — I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società Italiana di Medicina Interna, in Roma, presso la R. Clinica Medica (Policlinico) e pervenire entro le ore 16 del 31 dicembre 1926.

Art. 7. — I lavori presentati per il concorso saranno giudicati da una Commissione formata dal presidente della Società Italiana di Medicina Interna (oppure da un vice presidente), dal consigliere delegato e dai tre membri del Consiglio direttivo. Detta Commissione giudica inappellabilmente ed a maggioranza assoluta di voti, redigendo apposito verbale.

L'assegnazione del premio viene fatta entro sei mesi dalla chiusura del concorso. I lavori restano di proprietà dei concorrenti.

Art. 8. — Qualora nessuno dei lavori presentati fosse giudicato degno di premio, la Commissione ha facoltà di prorogare il termine di scadenza del concorso.

Art. 9. — Per tutte le altre norme o modalità non contenute o prevedute nel presente regolamento valgono le consuete disposizioni in uso per i concorsi del genere.

Fondazione G. Mazzoni nella R. Università di Roma. — Rendita del capitale di L. 50,000 (detratte le spese). Sono ammessi tutti gli studenti che abbiano seguiti i corsi di medicina e chirurgia e superate al primo esame le prove degli esami di profitto e di laurea. Il premio sarà aggiudicato al concorrente che avrà ottenuto il maggior numero di punti e di lodi complessivamente negli esami di profitto e di laurea. Domanda in carta bollata da L. 2 al Rettore. Scad. ore 12 del 31 luglio 1926.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nelle Università.

Il prof. Cerletti Ugo è nominato professore di clinica delle malattie mentali e nervose a Bari.

Sono trasferiti i proff.: Beccari Nello, di anatomia, da Catania a Firenze; Camis Mario, di fisiologia, da Bari a Parma; Galdi Francesco, di clinica medica, da Cagliari a Bari; Perussia Felice, di radiologia, elettroterapia e terapia fisica, da Pavia a Milano; Soli Ugo, di anatomia patologica, da Bari a Palermo: Truffi G. Mario, di clinica dermosifilopatica, da Catania a Siena.

Sono abilitati alla libera docenza in base alle nuove norme i dottori: Schettino Mario e Scotti Domenico in ortopedia; Romanelli Vincenzo in patologia generale; Santoro Emanuele e Leffi Angelo in patologia chirurgica; Castellino Nicola in patologia medica; Fiorini Massimiliano e Vespignani Arcangelo in radiologia medica ed elettroterapia; Rabbeno Angelo in fisiologia sperimentale; Remotti Ettore e Sereni Enrico in fisiologia generale; Pollitzer Renato e Medi Arturo in clinica pediatrica; Letteri Francesco Saverio e Comolli Antonio in clinica chirurgica e medicina operatoria; De Luca Luigi in medicina operatoria; Macaggi Domenico in medicina legale; per esami: Frigerio Arrigo in neuropatologia e psichiatria; Grande Carlo, Brisotto Piero, Merelli Gino e Piazza Antonio in clinica otorinolaringoiatrica; Annecchino Paolo e Sacchetto Alma in patologia e clinica pediatrica; Fragomele Antonio, Germino Alfredo e Maurizi Maurizio in patologia medica; Marchesi Clemente in patologia chirurgica; De Cesare Luigi in radiologia ed elettroterapia; Golgi Alessandro in igiene. Ai molti nostri amici i nostri rallegramenti.

Nella Direzione Generale della Sanità Pubblica, al posto di direttore capo della divisione per i servizi igienici e profilattici, rimasto vacante in seguito alla perdita del dott. Alberto Massone, è stato chiamato il dott. Antonio La Branca. Per la salda preparazione, per la fattività operosa e per il senso di responsabilità e d'equilibrio, egli era indicato ad assumere il delicato e complesso servizio affidatogli. Rallegramenti cordiali.

Il dott. J. F. F. Babinski di Parigi è nominato professore onorario di neurologia presso l'Università di Vilna (Lituania).

Il dott. Pierre Lépine è nominato professore di medicina interna presso l'Università americana di Beyrut (Palestina).

L'Accademia delle Scienze di Parigi, nella seduta del 17 novembre, ha assegnato il premio Lallemand di 1800 franchi alla signorina Piera Locatelli, assistente all'Istituto di Patologia generale e Istologia dell'Università di Pavia, per i suoi lavori sull'influenza del sistema nervoso sul processo di rigenerazione.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Da Bari.

V Riunione dei Radiologi dell'Italia Centrale, Meridionale e Insulare.

Nei giorni 27 e 28 novembre ha avuto luogo in Bari, nella R. Università, sotto la presidenza del prof. Attilj la V Riunione dei Radiologi Centro-meridionali, riunione che riuscì una brillante affermazione della Radiologia sia per il numero degli interventi, sia per gli argomenti trattati: vi parteciparono i proff. Busi, titolare della Cattedra di Roma, Sgobbo, titolare della Cattedra di Napoli, Tandoia, presidente della Società Italiana di Radiologia, Leotta e Galdi dell'Ateneo Barese, Guarini, Bianchini, Meldolesi, Del Buono, i dott. Piergrossi, Pazzi, Prusciano, Dentico Anaclerio, Milella, Cataldi, Ferrari, Vassallo, Lo Savio, Delli Santi, Campanella, Rossi, Peracchia, Nisio, Lagravinese, Laricchia e molti altri.

Assai numerose le comunicazioni, tra le quali molto interessanti quelle del prof. Busi sulle tenie del colon e su un diverticolo del digiuno, del prof. Tandoia sulla sindrome del Gradenigo, del prof. Meldolesi sul pneumopericardio e sulla radioterapia del glaucoma (in collaborazione col prof. Di Marzio), del prof. Bianchini sulla sarcomatosi di Kaposi, del prof. Attilj su alcune affezioni dello scheletro e sul cancro vegetale, del prof. Del Buono su una nuova cura Röentgen degli epiteliomi cutanei, del dott. Lo Savio sulla lepra, del dott. Pazzi su argomenti di radiodiagnostica urinaria, del dott. Vassallo sul cancro del retto, del dott. Nisio sul pneumonefro, del dott. Peracchia sulla calcolosi renale, del dott. Anaclerio sul tubo digerente, del dott. Prusciano su questioni di tecnica, ecc.

Gli intervenuti ammirarono la organizzazione dell'Ateneo Adriatico e complimentarono il prof. Attilj per l'opera svolta per la diffusione e lo sviluppo della radiologia.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Igiene.

Avrà luogo presso la R. Università di Roma dall'11 gennaio al 13 marzo 1926, nell'Istituto di Igiene, via Palermo 58, per laureati in medicina e chirurgia, ed eventualmente per laureati in veterinaria, chimica, chimica-farmacia, agraria, scienze naturali, ingegneria e diplomati in farmacia. Sarà svolto tenendo conto dei programmi per gli esami di concorso ai posti di ufficiale sanitario. Tassa di L. 300.50 da corrispondere all'economo dell'Università; sopratassa di L. 76.20, oltre L. 21.80 di tassa diploma.

Le iscrizioni, che si riceveranno fino al 1° gennaio 1926, possono raggiungere il numero di 120, essendosi allestiti nuovi locali per le esercitazioni. In caso di eccedenza, le ammissioni avranno luogo secondo l'ordine di presentazione delle domande.

Corsi sulle malattie tubercolari.

I corsi regolari organizzati nell'Istituto di Patologia e Clinica Medica per le malattie tubercolari presso la R. Università di Genova, diretto dal sen. prof. Edoardo Maragliano, inizieranno il 12 gennaio nel nuovo grande Ospedale di San Martino di Albaro, dove ha sede l'Istituto che è completato dai ricchi Laboratorî dell'Istituto Maragliano.

Al corso sono ammessi liberamente medici e studenti. Coloro che vorranno fare ricerche originali avranno mezzi e guida. Per ogni schiarimento indirizzare al sen. prof. Edoardo Maragliano.

Nella stampa sanitaria.

L'« Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia », bimensile, è pubblicato a cura del prof. L. Martinotti ed è edito dalla casa Cappelli di Bologna. Augurî.

Per il prof. Cuzzi.

Ad iniziativa del presidente dell'Ordine dei Medici di Milano, prof. comm. Baslini, ebbe luogo un banchetto in onore del prof. comm. Cuzzi, assunto all'Assessorato della Beneficenza, nell'Amministrazione comunale di Milano.

Per la propaganda igienico-sanitaria.

Dopo il Congresso dei Medici condotti tenutosi a Siracusa, ove i convenuti assistettero alle proiezioni di pellicole cinematografiche per la propaganda antitubercolare, fu tenuto un convegno a Milano da un Comitato per concludere il contratto colla Ditta « Natura Film » per la fornitura di tre pellicole da servire per tale propaganda.

Presenziavano il dott. Catucci, che fu l'iniziatore della proposta, e il dott. Wassermann, che versò subito L. 5000 per il pagamento del primo acconto sul complessivo costo delle tre pellicole fissato in L. 12,000 .

Intanto si sta predisponendo un Convegno colla Presidenza dell'Associazione Antitubercolare Medici condotti (auspici i dottori Dosi e Bergolli) per la distribuzione delle pellicole, per dare sviluppo in vari centri a questa nuova ed efficace opera di propaganda, alla quale bisogna attenderanno i Sindacati provinciali, secondo le norme che verranno fissate dal segretario generale dott. Vacino.

(Da « L'Avvenire Sanitario »).

Commissione nord-americana per l'insegnamento medico.

Questa Commissione, costituita ad iniziativa dell'Associazione dei Collegi Medici Americani, col concorso dell'Associazione Medica Americana, della Fondazione Rockefeller e della Fondazione Carnegie, ha lo scopo di condurre una vasta e accurata inchiesta sull'insegnamento medico negli Stati Uniti. Tenne la sua prima adunanza a Buffalo il 19 ottobre scorso: si procedette alla elezione delle cariche e si tracciò un piano organico del lavoro da compiere.

Borse di studio per medici belgi.

Sono state istituite sette borse di studio per giovani medici belgi negli Stati Uniti. Il piccolo manipolo è partito di recente; è formato dei dottori: Brutsaert, De Guchtneer, d'Hoenens, Eman, Morelle, Radelet e Vorhoogen.

Strade intitolate a medici.

A una strada di Bruselle prossima all'Università è stato apposto il nome del compianto prof. A. Depage; a una delle principali vie di Valenza il nome di S. Ramon y Cajal; al nome del dott. C. M. Cortezo è stata intitolata la strada ove egli è nato a Madrid (il sen. Cortezo è membro del governo e direttore del « Siglo Medico »).

Infortuni di sanitari.

Il dott. Rinaldo Grandi, primario negli Ospedali Civici di Genova, tentando salire sul tram in movimento, cadde rimanendo gravemente ferito, per cui fu ricoverato all'Ospedale, versando in pericolo di vita.

Durante i noti incidenti avvenuti a Firenze, rimaneva lievemente ferito il dott. Alfredo Berti, docente di patologia chirurgica in quell'Università e direttore dell'Ospedale di Castelfiorentino.

II Congresso medico australiano.

Si è adunato recentemente a Dunedin, nella Nuova Zelanda, sotto la presidenza del prof. L. E. Barnett.

Donazione e lasciti.

La nobildonna Giulietta Cattania, vedova del dott. Pellegrino Ognibene, già funzionario dell'Archivio di Stato, ha legato L. 80,000 all'Università di Modena per l'istituzione di due premi a studenti della Facoltà di Medicina intitolati al nome del defunto marito; ha fatto anche altri legati benefici, per la somma di altre L. 250,000 circa.

Avviso.

Il prof. Giovanni Galli sta ultimando un *trattato sull'arteriosclerosi* e prega i colleghi, specialmente le direzioni di clinica e patologia medica, di anatomia patologica e patologia, perchè gli vogliano mandare i lavori attinenti a questo tema affinchè tutta la letteratura italiana possa venire presa in considerazione.

Indirizzo: prof. G. Galli - Bellano (Lago di Como).

Nell'elenco pubblicato nel *Policlinico* dei rappresentanti dei giornali al Congresso della Stampa Medica è stata omessa *La Cultura Medica Moderna*, rappresentata dal dott. G. Arnone.

Nel fascicolo scorso, p. 1781, primo titolo, leggere: « Per la Farmacopea Ufficiale »; 4ª notizia, riga 4ª, leggere: « ogni triennio; per il 1928 a Stocolma ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 17 giu. — L. BLUM e al. Patogenesi del rachitismo. — 20 giu. A. CALMETTE e al. Premunizione contro l'infez. tbc. mediante il BCG.

Bull. Ac. Méd., 9 giu. — A. MARIE e V. KOHEN. Leucopiretoterapia nella p. g.

Soc. Méd. d. Hóp., 1 giu. — P. MERKLEN e A. DEVAUX. Astenia e sifilide. — M. LABBÉ e L. DENOYELLE. Diabete insipido e obesità; trattamento ipofisario.

Journ. de Méd. de Paris, 13 giu. — V. PAUCHET e B. D'ORMOND. L'ulcera peptica digiunale post-operatoria.

Bull. Ac. Méd., 16 giu. — C. CALMETTE. Premunizione delle tbc. con BCG.

Rass. Intern. Clin. e Ter., apr. — F. THOMAS e R. FIALIP. Sulla genesi del cancro.

Journ. Med. Paris., 20 giu. — L. LÉVI. Gli angiocrinici.

Hygiène Mentale, giu. — RAYNEAU. Dove e come si devono trattare e assistere gli psicopatici. — G. TOULOUSE. Il servizio di profilassi mentale del dipartim. della Senna.

***Encéphale*, giu.** — C. DE MONAKOW. Connessioni del c. striato e del nuc. lenticolare con le altre parti del cervello. — A. ANTHEAUME. La leggenda della cleptomania. — H. CLAUDE e G. ROBIN. Puerilismo schizomaniaco. — A. ANTHEAME e P. SCHIFF. La psicanalisi nelle applicaz. medico-legali.

Zentlbl. inn. Med., 27 giu. — H. GOLDBLADT. Le parotidi organi a secr. int.

Folia Medica, 15 giu. — A. BOLAFFI. Determinaz. dell'Az. totale non proteico e dell'urea nel siero di sangue.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., giu. — M. ASTWAZATUROW. Natura dei riflessi addomin. — S. E. JELLIFFE. Patologia somatica e psichica al crocicchio « encefalite ».

Zeitsch. f. Tuberk., giu. — J. PETRUSCHKY. È solubile il problema della tbc.? — A. SKUTETZKY. La seroreaz. di Mátéfy per accertare l'attività del processo tubercolare. — E. GUTH. La diagnosi di attività della tbc. polm.

Quaderni di Psichiatr., mag.-giu. — A. NANNEI. Le alterazioni di senso nelle malattie ereditarie, congenite e familiari. — U. DE GIACOMO. La glicemia in alcune malattie del sist. nerv.

Journal Am. Med. Assoc., 13 giu. — R. H. MAJOR e R. C. DAVIS. Forte glicemia senza glicosuria in diabete trattato con l'insulina. — E. B. TOWNE. Radioterapia di tumori cerebrali.

Minerva Med., 30 giu. — P. A. MEINERI. Alterazioni del sist. nerv. vegetat. in alcune dermatosi. — A. CECONI. Morbus maculosus; splenectomia.

Münch. Med. Woch., 26 giu. — F. MÜLLER e al. Meccanismo d'azione dell'insulina. — E. BACHER e E. HERRMANN. Amino-acidi liberi e combinati nel sangue nell'insuffic. renale.

Mediz. Klinik, 26 giu. — G. LEPEHNE. Cromodiagnosi della funzionalità renale — F. HIRSCH e P. MAHLER. Alcuni succedanei dell'insulina.

Cultura Stomatol., lug. — A. CALABRESE. La diatermia in stomatol.

Arch. Sch.- u. Tr.-Hyg., 1 lug. — R. BOECKH. Clinica ed epidemiol della malaria est-.aut.

Acta Med. Scandinava, supp. XII. — E. GÖSTA. Il feto sifilitico. — Suppl. VIII. D. HANS. Azione del siero anti-fibrnogeno sulle emazie.

Paris Méd., 27 giu. — LEVADITI. Eziol. dell'encefal. epid. e rapporti con l'erpete. — FONTANEL. L'incubaz. nella meningococcia.

Ann. Inst. Pasteur, giu. — GAILLARDO. Valore pratico del neurovaccino.

Practitioner, lug. — Numero speciale su: età e malattie.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 25 giu. — P. GUIZZETTI. Anat. patol. della degener. lenticol. progress. con cirrosi epat. (malattia di Wilson). — V. M. BUSCAINO. Distribuz. dell'epilessia e del gozzo endem. in Svizzera

Ann. di Oftalmol. e Cl. Ocul., 7. — C. ADDARIO. La cura dei tracomatosi. — A. FILETI. Cisti corneali. — D. CATTANEO. Affezioni dei seni della faccia e loro complicanze oculo-orbitali.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXII (*Sezione Pratica*).

Il fasc. 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXXIII uscirà il 4 Gennaio 1926.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Periodici di nostra edizione:

SOMMARI DEGLI ULTIMI FASCICOLI PUBBLICATI:

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA

Il fascicolo 12 (1° dicembre 1925) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **C. Macciotta**: Studi e ricerche sulla tetania. La funzione del timo nella patogenesi della tetania.

II. - **E. Venezian**: Contributo alla conoscenza della gangrena spontanea delle estremità. (Malattia di Winiwarter).

III. - **A. Stefani**: Contributo anatomo-patologico alla conoscenza degli esiti mortali da corpi estranei esofagei.

IV. - **M. La Torre**: Le affezioni del colon prossimale nelle colecistiti.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Medica potranno riceverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma.

SEZIONE CHIRURGICA

Il fascicolo 12 (15 dicembre 1925) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **G. Antonioli**: Sui lipomi retroperitoneali.

II. - **G. Baggio**: Contributo alla conoscenza dell'ascesso cronico della lingua.

III. - **U. Bani**: Due casi di tubercolosi del testicolo a decorso acuto.

IV. - **T. Bottari**: Contributo allo studio del sarcoma della vescica.

V. - **N. Leotta**: Trapianto testicolare interumano.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Chirurgica potranno riceverlo inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 Roma.

Cuore e Circolazione

Continuazione de

LE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Redattore capo: prof. CESARE PEZZI

Il fascicolo 11 (Novembre 1925) contiene:

Lavori originali: I. - G. GALATÀ: Ricerche comparative fra il metodo di misura diretto della pressione arteriosa e il metodo oscillometrico. — II. - C. NATALI e SANSONE: Modificazioni istologiche nel miocardio di animali trattati con estratto omologo ed eterologo di ghiandola tiroide.

Rivista sintetica: V. COMINOTTI: Interventi chirurgici sul cuore nella medicina interna per sconvolta irrigazione sanguigna.

Rassegne, riviste, congressi: **Clinica**: Angine di petto nevrosiche. — Destrocardia isolata con stenosi dell'istmo dell'aorta ed endocardite lenta. — Le cause che determinano l'insuccesso del trattamento delle insufficienze cardiache. — Casi di morte nelle gravide e nelle partorienti dovute a malattie di cuore. — Studio sperimentale sul riflesso aortico di percussione. — Sul dermografismo in cardiopatie. — Contributo allo studio dell'iposistolia cronica e stracardiaca. — Esperienze intorno al riflesso addomino-cardiaco del Livierato. — **Fisiopatologia**: Modificazioni della pressione arteriosa e del contenuto di calcio del sangue in seguito alle irradiazioni delle capsule surrenali. — Sui venodilatatori. — La gittata pulsatoria calcolata in alcune posizioni di riposo. — Apnea volontaria e lavoro muscolare. — **Terapia**: Considerazioni sulla evoluzione e sulla cura della pericardite tubercolare con versamento. — L'elettroterapia nelle malattie del cuore e dei vasi.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

LA CLINICA OSTETRICA

PERIODICO MENSILE
di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici
diretto dal prof. **PAOLO GAIFAMI**

Il fascicolo 11 (Novembre 1925) contiene:

Lavori originali: M. BOLAFFIO: Malaria e anemia delle gravide.

Fatti e documenti (Casistica clinica ed anatomica): A. MATERZANINI: Sopra due casi di stenosi pelvica in gravidanza trattati con la sinfisiectomia parziale od « operazione di Costa ». — A. FORNERO: Tre operazioni cesaree per distocia apportata dalle parti molli.

La rubrica degli errori: B. RAGUSA: Inversione puerperale dell'utero inviata in clinica con diagnosi di fibroma sottomucoso.

Riviste generali: G. COJANTI: La deportazione dell'epitelio e dei villi coriali nella fisiopatologia ostetrica.

Dalle Riviste: **Ostetricia**: L'eclampsismo. — Eclampsia e pressione intracranica. Eclampsia e costituzione. — La tossiemia eclamptica e la glomerulo-nefrite acuta. — Il trattamento con il glucosio e l'insulina dei vomiti incoercibili della gravidanza. — Metabolismo dei carboidrati durante la gravidanza e valore dell'insulina per l'ostetrico. — **Ginecologia**: Omotrapianto del tessuto ovarico. — Trapianti ovarici. — Mucosa uterina nella tuba. — Permeabilità delle tube. — Un buon esito remoto della salpingostomia. — Il trattamento della dismenorrea. — La diatermia nella gonorrea femminile. — **Pediatria**: Iniezione intracardiaca di adrenalina nell'arresto del cuore. — Temperature abnormi di un neonato. — Febbre transitoria dei neonati. — **Note di Biologia**: Radio-eccitamento delle ghiandole sessuali e ringiovanimento. — Irradiazione Roentgen e sistema nervoso vegetativo. — L'influenza sul feto dei raggi Roentgen. — Ormone sessuale femminile. — L'estratto di corpo luteo impedisce l'ovulazione. — Malattie cutanee nei disturbi della funzione ovarica. — Sulla sterilizzazione temporanea mediante iniezione di liquido seminale nella femmina. — Castrazione e midollo osseo. — Azione della surrenectomia sui testicoli e sulle ovaie. — Sesso ed epoca del concepimento. — Quando inizia la gravidanza? — Mestruazione e sviluppo fetale. — L'immunità naturale nei neonati. — **Tecnica**: Scelta del donatore nelle trasfusioni di grandi quantità di sangue. — Sulla trasfusione del sangue. — Iniezioni di « lipiodol ».

I libri.

Varietà: Nascite nelle ritirate dei treni. — Prolificità eccezionale. — Un parto quintuplo! — Le impronte digitali dei neonati. — Colombe che diventano colombi. — Confronti statistici fra Germania e Francia.

Notizie.

Abbonamento per il 1926: Italia L. 32; Estero L. 45. Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. 25, Estero L. 38. Un fascicolo separato L. 3.50.
Inviare Vaglia postale al Cav. LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — Roma.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta dal prof. **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 12 (Dicembre 1925) contiene:

Esperimenti e saggi: L. TORCHIANA: I trapianti nelle plastiche della trachea.

Idee e metodi nuovi: F. BRUNETTI: A proposito del lembo autoplastico aponevrotico alla Leotta per laringectomia.

Raccolta di fatti: G. BORIANI: Difterite primitiva del naso o dell'orecchio?

Ricerche di laboratorio: G. DONADEI: La Reazione Costa in oto-rino-laringoiatria.

In biblioteca: Nuova teorica dell'armonia. — Eugenica, igiene mentale e profilassi delle malattie nervose e mentali. — Labirintiti e prove funzionali del labirinto.

Recensioni: Laringite microcistica verrucosa. — Sulla produzione delle emolisine specifiche mediante la somministrazione di antigene per la via intratracheale e per quella gastro-intestinale. — Sulle vie chirurgiche per applicare il radium nei tumori laringei. — Una strana eliminazione di corpo estraneo delle vie respiratorie. — Sullo spasmo laringeo riflesso quale sintomo differenziale delle affezioni esofagee. — Sulla sieroterapia ad alte dosi nella difterite. — L'eredosifilide tardiva del laringe. — Sopra una comune sindrome costituzionale adenoidea nell'infanzia. — Sulla tubercolosi della tiroide.

La nota storica: U. DEGANELLO: Aristide Stefani.

Notizie e questioni.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

Nostre recentissime pubblicazioni:

Prof. Dott. GIOACCHINO FUMAROLA

Docente e primo aiuto nella Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Roma.

Diagnostica delle Malattie del Sistema nervoso

Prefazione e due capitoli del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI

PARTE GENERALE: un volume in-8 di pag. VIII-352, in carta di lusso, nitidamente stampato, con 175 figure quasi tutte originali intercalate nel testo e 8 tavole, fuori testo, a colori. Prezzo L. **42.** Per i nostri abbonati sole L **36,75.**

PARTE SPECIALE: 1) **SISTEMA NERVOSO PERIFERICO.** Un volume di pag. 242, con 67 figure intercalate nel testo. Prezzo L. **28.** Per i nostri abbonati, sole L. **25,75.**

È di imminente pubblicazione il vol. II della PARTE SPECIALE che tratta **IL SISTEMA NERVOSO CENTRALE.**

Prof. CARLO BASILE

Diplomato in medicina tropicale al Royal, College of Phisicians a. Surgeons (Londra) - Libero docente in Parassitologia R. Clinica Medica di Roma.

Diagnostica delle malattie parassitarie

Prefazione del prof. VITTORIO ASCOLI Direttore della R. Clinica Medica di Roma.

Un volume nell'ampio formato della nostra Collana Manuali del «Policlinico», di pag. XII-262, stampato su carta semipatinata con 18 tavole nel testo e 91 figure intercalate, più 2 tavole a colori fuori testo. Prezzo L. 33. Per i nostri abbonati sole L. **29.50** in porto franco.

Prof. FRANCESCO VALAGUSSA

Medico della Famiglia Reale, Direttore e Primario del Preventorio per lattanti «E. Maraini», Medico primario nell'Ospedale infantile «Bambino Gesù». Docente di Clinica pediatrica nella R. Università di Roma.

Consultazioni di Clinica, Dietetica e Terapia infantile

Terza edizione completamente rifatta e notevolmente ampliata

Prefazione di AUGUSTO MURRI

Un volume in-8, di pag. VII-488, nitidamente stampato su carta distinta, con 42 figure intercalate nel testo e finissima quatricromia sulla copertina. Prezzo L. **36.** Per i nostri abbonati sole L. **32.50** in porto franco.

dello stesso Autore:

IL BAMBINO Consigli d'igiene ad una mamma

(Terza edizione notevolmente ampliata)

Un volume in-16 di pag. XII-200, nitidamente stampato, con una riuscitissima illustrazione colorata sulla copertina. — Prezzo L. **15,** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **13.75** franco di porto.

Dott. MARIO FLAMINI

Medico nel Brefotrofio Provinciale, assistente alla R. Clinica Pediatrica dell'Università di Roma Direttore della Scuola di Assistenza all'Infanzia.

Manuale di Pediatria Pratica

(Seconda edizione)

Volume in-8, di pag. VIII-352, corredato di una estesa POSOLOGIA INFANTILE e con 74 figure intercalate nel testo. — In commercio L. **20,** ma per gli associati al «Policlinico» sole L. **17.50** franco di porto.

Prof. dott. ARNOLFO CIAMPOLINI

Docente di medicina legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La perizia nella pratica infortunistica.

(GUIDA PER I MEDICI PERITI)

Prefazione del prof. CARLO FERRAI, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Pisa.

Un volume in-8°, di pagg. VIII-79 (N. 9 delle Monografie medico-chirurgiche di attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **10.** Per i nostri abbonati sole L **8,75** franco di porto.

Dott. prof. ALESSANDRO ROSSI

Lib. doc. di Fisiologia e Patologia Medica nella R. Università di Padova

Morfologia Clinica e Fisiopatologia del Cuore

Prefazione del prof. LUIGI LUCATELLO Clinico Medico di Padova

Un volume in 8° di pagg. VIII-122, con 14 figure nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **15.** Per i nostri abbonati sole L. **13.75** franco di porto

---

Dott. Prof. G. L. SACCONAGHI

Medico primario negli Ospedali civili di Brescia

La Clinica della ADESIONE PERICARDICA

(Fibrechia del cuore) nell'aspetto suo diagnostico

Un volume in-8 di circa 200 pagine (N. 6 delle nostre «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità»), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **20,** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **17.75** franco di porto.

Prof. Dott. DARIO MAESTRINI

Docente di Fisiologia nella R. Università di Roma

Cardiografia ed Elettrocardiografia Angiografia

Prefazione del prof. S. BAGLIONI Direttore dell'Istituto di Fisiologia nella R. Università di Roma

Un volume in-8, di pagg. VIII-168, nitidamente stampato su carta semipatinata con 64 figure intercalate nel testo. Prezzo L **20.** Per i nostri abbonati sole L. **17.50** franco di porto.

Dott. ANTONIO SEBASTIANI

Medico aiuto negli Ospedali di Roma

I disturbi del ritmo cardiaco

Prefazione del prof. Giuseppe Bastianelli.

Un volume in-8 (N. 7 delle nostre «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità»), con 73 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. 18. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. 16.25 in porto franco.

Prof. dott. PAOLO STANGANELLI della R. Università di Napoli

L'asma bronchiale nei moderni concetti

Un volume in-8 di pagg. VIII-100 (N. 9 delle «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità). Collezione del «Policlinico», nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **12.** Per gli abbonati al «Policlinico», sole L. **10.75.**

Dott. Prof. A. ROMAGNA MANOIA

Docente di Neuropatologia nella R. Università di Roma

I disturbi del sonno e loro cura

Prefazione del Prof. GIOVANNI MINGAZZINI Direttore della R. Clinica delle malattie nervose e mentali dell'Università di Roma

Un volume in-8, di pagine VIII-196, nitidamente stampato su carta semipatinata, con 12 figure nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina. — In commercio L. **18** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole **L. 16.25** in porto franco.